

direction oblique. Une condition essentielle, c'est que la région du collet du sac soit fortement adhérente et ne puisse être, par conséquent, refoulée dans la cavité abdominale. S'agit-il d'une hernie inguinale refoulée au-dessus de l'anneau inférieur, la paroi postérieure (fascia transversalis) du canal inguinal cède peu à peu, et il se forme ainsi une poche qui reçoit le contenu herniaire; le sac herniaire peut même être déchiré et son contenu avoir pénétré entre cette aponévrose et le muscle transverse. Des phénomènes analogues peuvent se produire même dans la hernie crurale; l'aponévrose qui recouvre le pectiné et le moyen adducteur peut se rompre et livrer passage à la hernie qui disparaît au-dessous d'elle.

Le diagnostic de ces réductions apparentes, dans les hernies inguinales, se base sur l'existence constatée d'une tumeur dans le trajet herniaire, et ne présente parfois aucune difficulté; par contre le diagnostic est déjà plus difficile dans la hernie crurale, la tumeur pouvant faire alors défaut. Il est évident qu'ici encore on cherchera à faire reprendre à la hernie sa position première en recommandant au malade de faire des efforts de pression abdominale; si ce moyen échoue, on aura recours à la herniotomie suivant la méthode indiquée plus haut.

Nous serions entraîné trop loin si nous voulions faire part de toutes les dispositions anatomiques à l'intérieur et au-devant du sac herniaire (diverticules, sacs herniaires doubles etc.), pouvant tromper le chirurgien et faire croire au succès du taxis. Nous appellerons seulement l'attention sur une disposition rare, à savoir l'existence, dans les hernies inguinales externes, de **sacs herniaires doubles** dont l'orifice commun s'ouvre au-dessus de l'anneau inguinal interne. On peut les expliquer en admettant qu'il s'agissait de hernies difficiles à réduire, et pour la réduction desquelles on a fait des tentatives énergiques et multipliées de taxis. Le collet du sac primitif a été ainsi refoulé peu à peu au-dessus de l'anneau inguinal interne, puis, suivant les conditions mécaniques existantes, suivant que le péritoine se décolle avec plus ou moins de facilité, il se forme un sac double avec une cavité comprise dans la cavité abdominale et l'autre dans le trajet herniaire proprement dit (*forme en sablier*), ou bien le péritoine cède latéralement à côté de l'anneau inguinal interne, et l'on observe alors une poche latérale et une autre située dans l'ancien trajet herniaire (*forme en bissac*). Évidemment le contenu du sac peut alors être refoulé facilement hors de la poche inférieure, et venir s'étrangler dans le compartiment supérieur, ou bien l'étranglement de l'anse intestinale dans la poche supérieure du sac en forme de sablier peut avoir passé inaperçu dans l'opération.

KROENLEIN, se basant sur une observation de la clinique de Langenbeck, a publié un travail dans lequel il soumet à un examen les cas analogues qu'il a pu recueillir (Lang. Arch. vol. XIX, p. 408 et vol. XXV, p. 348). Il abandonne l'ancienne terminologie (hernie en bissac, hernie inguinale et intra-iliaque, ou hernie inguinale et intra-pariétale) et désigne sous le nom de **hernie inguino-propéritonéale**, la forme la plus fréquente de hernie à sac double, et la forme la plus rare sous celui de **hernie cruro-propéritonéale**. L'un des compartiments du sac herniaire s'étend au dehors sous forme de hernie inguinale ou crurale ordinaire, tandis que l'autre compartiment est situé derrière l'anneau et en avant du péritoine pariétal auquel il est adhérent. KROEN-

LEIN a rassemblé 24 cas de ces hernies en forme de bissac ou de sablier, dont 23 inguinales et 1 crurale. Une seule appartient au sexe féminin. Dans un grand nombre de cas le sac herniaire inguinal est congénital; il est plus fréquent à droite qu'à gauche, et relativement souvent on observe en même temps des anomalies dans la descente du testicule. Les dimensions du sac interne sont très variables; tantôt il n'est pas plus gros qu'une noix, tantôt il atteint le volume du poing ou même davantage. Le plus souvent le sac est situé en dehors (fosse iliaque), rarement en dedans et en bas contre la vessie ou le trou sous-pubien.

KROENLEIN a réussi à poser le diagnostic de sac double chez un individu qui présentait une hernie non étranglée. Le testicule correspondant était situé à une hauteur anormale, et l'on pouvait avec le doigt le refouler encore plus profondément dans le trajet inguinal, où l'on sentait une hernie interstitielle. Au-dessus du ligament de Poupart et en dehors se trouvait une tumeur que l'on pouvait vider par compression; la disparition de la tumeur s'accompagnait d'un bruit de gargouillement. Lorsque ces hernies s'étranglent, le siège de la constriction se trouve au niveau de l'orifice abdominal ou de celui qui conduit dans la poche propéritonéale. C'est pourquoi la poche extérieure est vide ou peut être facilement vidée par pression. Lorsque la tumeur herniaire est située au-dessus du ligament de Poupart, elle peut être aisément reconnue; dans les cas douteux le toucher vaginal ou rectal(?) peut aussi permettre de constater la présence de la tumeur herniaire, à condition qu'elle siège en dedans, du côté de la vessie. Après avoir pratiqué l'incision externe, si l'on dilate l'anneau inguinal interne, on peut voir s'échapper tout à coup du liquide herniaire; ce phénomène doit engager l'opérateur à prolonger l'incision du côté des parois abdominales.

Le traitement consiste dans la hernio-laparotomie pratiquée avec les précautions antiseptiques. NEUBER a publié dernièrement un cas de la clinique d'Esmarch où cette opération fut suivie de guérison. KROENLEIN, TRENDELENBURG, etc. ont publié des cas analogues.

§ 123. — Un fait des plus étonnants, c'est que l'on observe non seulement des refoulements et décollements du sac herniaire, mais aussi des déchirures et ruptures de ce dernier suivies de réduction apparente de la hernie. Ces accidents se produisent principalement au niveau du collet du sac, lorsque ce dernier présente une partie amincie et adhérente, et une autre mobile. Dans les efforts de taxis la partie mobile refoulée se déchire à l'endroit où elle se continue avec la partie adhérente. Le plus souvent ces parties amincies du collet correspondent à la paroi postérieure du canal inguinal. Le contenu de la hernie est alors refoulé entre le péritoine et le fascia transversalis si ce dernier ne se déchire pas également. BIRKETT a le premier observé des cas de ce genre; le même accident peut se produire dans une herniotomie lorsque le débridement n'est pas pratiqué à l'endroit convenable.

Pour donner une idée de la diversité des véritables ruptures du sac herniaire, nous allons indiquer brièvement les quatre formes différentes admises par TURATI comme ayant été réellement observées:

1) L'intestin étranglé a été refoulé par une déchirure du sac herniaire dans le tissu conjonctif sous-péritonéal.

2) La déchirure par laquelle l'intestin a été refoulé dans la cavité abdominale, intéresse non seulement la paroi du sac, mais encore le fascia transversalis et le péritoine pariétal (une observation de TURATI).

3) Le collet du sac qui formait l'anneau d'étranglement, est complètement séparé du reste de cette poche, et refoulé dans l'abdomen avec la partie correspondante du péritoine pariétal.

4) L'anneau d'étranglement du collet du sac est séparé à la fois du reste du sac et du péritoine pariétal environnant, et pénètre, sous forme d'anneau isolé, avec l'intestin étranglé, dans la cavité abdominale (2 observations).

Dans tous les cas le diagnostic reste incertain. On ne pourrait songer à une rupture que si, dans des tentatives maladroites de taxis, on avait vu disparaître subitement la hernie et perçu en même temps une sensation de déchirure, et si l'on avait constaté ensuite que le sac herniaire est vide ou absent et que le canal inguinal est ouvert.

Ici encore la seule chance de salut est dans la hernio-laparotomie; on ira à la recherche des parties refoulées dans la cavité abdominale ainsi que de la déchirure du sac ou de l'anneau complètement séparé, puis on opérera la réduction après avoir débridé les orifices au niveau desquels l'intestin s'était étranglé.

Hernie inguinale

§ 124. — Sous le nom de **hernie inguinale** nous désignons une tumeur herniaire qui, après avoir franchi l'anneau inguinal interne, reste enfermée dans le trajet inguinal (hernie interstitielle) ou traverse également l'anneau externe pour apparaître à la surface du corps¹; dans ce dernier cas la hernie reste au devant de l'anneau inguinal externe, ou bien, par son développement ultérieur, elle forme une tumeur s'étendant jusque dans le scrotum (hernie inguino-scrotale).

Depuis HESSELBACH on distingue, au point de vue anatomique, deux types de hernie inguinale, à savoir l'**interne** et l'**externe**. Ainsi qu'il résulte de notre définition, ces deux types de hernie, à l'exception des formes interstitielle et para-inguinale, ont de commun l'orifice de sortie de la paroi abdominale, c'est-à-dire l'anneau inguinal externe; par contre, la voie suivie pour arriver au dehors est différente pour chacun d'eux: la **hernie inguinale externe** suit le cordon, pénètre par l'anneau interne dans le canal inguinal qu'elle parcourt et abandonne ensuite pour franchir avec le cordon l'anneau inguinal externe. La **hernie in-**

1. Voir plus loin les quelques exceptions à cette règle (hernie para-inguinale).

guinale interne ne suit pas un trajet préformé. Elle pénètre à travers un point faible situé en dedans de l'orifice interne du canal inguinal, puis à travers l'anneau inguinal externe situé en face de ce point faible, pour arriver sous les téguments. Elle traverse, par conséquent, la paroi abdominale directement d'arrière en avant (hernie droite ou directe). Sur le cadavre on reconnaît que la hernie est externe ou interne à sa position par rapport au repli épigastrique, lequel, on le sait, est formé par le péritoine qui, soulevé par l'**artère épigastrique**, fait saillie dans la cavité abdominale. Cette artère se dirige de bas en haut et passe tout près du rebord interne de l'anneau inguinal interne. On désigne, par conséquent, sous le nom de hernies inguinales externes celles qui pénètrent dans le canal inguinal en dehors du repli épigastrique, et sous le nom de hernies inguinales internes celles qui se trouvent situées en dedans de ce même repli.

Lorsqu'après avoir ouvert la cavité abdominale, on examine la paroi antérieure tendue de l'abdomen du côté péritonéal, on observe au-dessus de la symphyse et du ligament de Poupart trois dépressions légères dirigées à peu près parallèlement à la ligne blanche, dépressions limitées par autant de saillies du péritoine affectant la même direction.

Sur la ligne médiane il existe deux dépressions séparées l'une de l'autre par un repli constitué par l'ouraque oblitérée s'étendant de la vessie à l'ombilic (ligament suspenseur médian de la vessie ou repli vésico-ombilical médian). En dehors de chacune de ces deux dépressions l'artère ombilicale oblitérée forme une seconde saillie à peu près parallèle à la première (repli vésico-ombilical latéral); en dehors de ce repli on trouve une nouvelle dépression, puis un troisième repli formé par l'artère épigastrique. La désignation des hernies ne correspond pas rigoureusement à celle des fossettes limitées par ces différents replis. Il serait, en effet, plus correct de réserver, à l'exemple de LINHART, le nom de hernies inguinales internes à celles qui correspondent à la fossette interne limitée par l'ouraque oblitérée et le vestige de l'artère ombilicale. De fait les hernies inguinales suivent quelquefois cette voie. Par conséquent, la hernie inguinale dite interne devrait être désignée sous le nom de hernie moyenne, vu qu'elle sort par la fossette moyenne comprise entre l'artère ombilicale oblitérée et l'artère épigastrique. Ce serait créer inutilement une cause de confusion que de vouloir changer des dénominations depuis longtemps consacrées par l'usage. Les hernies internes siégeant en dedans de l'artère ombilicale oblitérée sont si rares que l'on peut, pour les désigner, se servir d'une expression indiquant leur trajet anatomique. Pour les formes habituelles on fera bien de considérer le repli épigastrique comme la limite entre la hernie inguinale externe et la hernie inguinale interne, la première étant située en dehors et la seconde en dedans de ce repli.

Hernie inguinale externe.

§ 125. — Cette hernie, nous l'avons vu, suit le trajet inguinal, et