

- 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 corps<sup>1</sup>; 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