

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 oblitéré 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 oblitéré 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

lorsqu'elle ne reste pas interstitielle, elle franchit l'anneau inguinal externe, puis, le plus souvent, pénètre dans le scrotum (hernie inguino-scrotale).

Dans quelques rares cas la hernie une fois arrivée dans le canal inguinal, ne franchit pas l'anneau inguinal externe, mais apparaît à la surface à travers une lacune de l'aponévrose du muscle oblique externe (hernie para-inguinale, LOTZBECK). Il arrive aussi que dans les cas d'ectopie du testicule dans la région de l'aîne ou du périnée, le sac herniaire et son contenu occupent une position correspondante à celle du testicule.

Le sac herniaire, en suivant le trajet que nous avons décrit plus haut, entraîne avec lui une partie des parois conjonctivo-musculaires qui s'opposent à sa progression vers l'extérieur. Au niveau de l'anneau inguinal externe les différentes couches s'unissent entre elles de façon qu'on ne peut plus les distinguer anatomiquement. Elles forment, par leur réunion, le fascia péritoné ou fascia propria de la hernie.

La hernie est obligée de franchir deux orifices étroits dont les bords sont tendus par les aponévroses, à savoir les anneaux inguinaux externe et interne. Par la tension particulière de certaines parties du fascia propria il peut se former encore d'autres anneaux anormaux. L'anneau inguinal interne, comme nous l'avons fait remarquer, siège en dehors de l'artère épigastrique. A l'état normal il est fermé, et cette occlusion s'opère déjà pendant la période fœtale, après le passage du cordon. Cette occlusion physiologique n'est pas sans présenter parfois certaines anomalies sur lesquelles nous aurons à revenir plus spécialement. Si l'orifice en question reste ouvert, l'intestin peut s'y engager et la hernie est formée. En effet, la hernie existe dès que des viscères ont pénétré dans le canal inguinal; aussi l'observe-t-on souvent dans la première année de la vie (§ 85 et 86).

Nous ne savons rien de précis sur le temps que met le sac herniaire congénital à s'oblitérer, et nous ne pouvons, par conséquent, déterminer la durée de la période pendant laquelle les sacs herniaires préformés se rencontrent encore en grand nombre; en tous cas une grande partie des hernies inguinales acquises dans la jeunesse sont dues à la non oblitération du prolongement vaginal du péritoine. Cette prédisposition à la hernie existe dès lors essentiellement chez l'homme, bien qu'elle ne fasse pas absolument défaut dans le sexe féminin; en effet, chez la femme, le ligament rond de l'utérus peut être accompagné d'un diverticule persistant du péritoine datant de la période fœtale (diverticule de Nuck). L'intestin peut s'engager dans ce diverticule, et comme on observe souvent en même temps des anomalies de position de l'utérus et des ovaires, on comprend que l'on rencontre volontiers des parties de l'appareil génital, surtout l'ovaire, dans ces sacs herniaires inguinaux préformés et congénitaux.

ZUCKERKANDL a fait dernièrement une communication sur la fréquence de la non oblitération du prolongement vaginal du péritoine. Sur 100 cadavres

d'enfants du sexe masculin âgés de 11 à 12 semaines le prolongement vaginal a été trouvé ouvert 37 fois, dont 20 fois des deux côtés, 12 fois à droite et 5 fois à gauche. Chez 13 garçons plus âgés il a rencontré 3 fois des restes du prolongement vaginal. Si chez les enfants d'un certain âge, on ne voit pas plus souvent l'intestin pénétrer dans ce diverticule resté ouvert, il faut en chercher la cause dans le fait que l'orifice abdominal du canal inguinal est fermé par une sorte de repli du péritoine et du fascia transversalis. D'autre part, chez les enfants un peu âgés, l'obliquité du canal inguinal contribue pour beaucoup à en assurer l'occlusion. Sur 19 cadavres de petites filles ZUCKERKANDL a rencontré 4 fois un diverticule.

Mais il existe également des hernies inguinales qui ne peuvent être ramenées à une cause congénitale. Il se forme alors, après la naissance, et particulièrement à un âge avancé, un nouveau diverticule péritonéal dans le canal inguinal; l'intestin pénètre dans ce diverticule et arrive peu à peu jusque dans le scrotum. Mais alors le testicule est toujours séparé de la hernie, tandis que, dans les cas de persistance du prolongement vagino-péritonéal, cet organe peut se trouver dans la même cavité que la hernie, lorsque le canal en question est resté ouvert dans toute son étendue.

Les relations du testicule avec l'intestin dans les sacs herniaires congénitaux peuvent être très diverses. Tout d'abord on observe des hernies véritablement congénitales, dans lesquelles le contenu herniaire non seulement est en contact avec le testicule, mais est même en partie adhérent à ce dernier. On a observé des adhérences congénitales de ce genre, soit avec l'épiploon, soit avec l'intestin et particulièrement le cœcum. Dans ces cas on constate assez souvent que le testicule n'est pas descendu complètement dans le scrotum, mais est resté au devant de l'anneau inguinal externe ou dans le trajet inguinal.

Dans les autres cas le canal vagino-péritonéal reste souvent ouvert dans toute sa longueur, et les viscères descendent jusqu'au testicule avec lequel ils sont en contact, ou bien le canal se ferme à une hauteur variable au-dessus du testicule. Viscères et testicule ont alors des enveloppes péritonéales distinctes.

Un autre cas peut se présenter: le conduit vagino-péritonéal peut se fermer au niveau de son orifice abdominal, tandis qu'il reste ouvert au-dessous de ce dernier jusqu'au testicule. Si plus tard une hernie vient à se développer, elle peut refouler au devant d'elle le sac vaginal ouvert en bas et s'en coiffer de façon à posséder alors une double cavité péritonéale (hernie enkystée de la tunique vaginale d'après COOPER).

§ 126. — Le fascia transversalis contribue essentiellement à fermer l'anneau inguinal interne; il pénètre en forme d'entonnoir dans le canal inguinal avec le péritoine qu'il enveloppe (fascia infundibuliformis), et constitue à la partie interne de l'anneau un rebord nettement limité, tranchant, plus ou moins falciforme, et à sa partie externe un bord moins saillant et plus concave. Le fascia en pénétrant dans le canal inguinal fournit au cordon l'enveloppe désignée sous le nom de tunique vaginale commune et tapisse en même temps la