

face interne du canal. Quant aux parois du canal lui-même jusqu'à l'orifice inguinal externe, elles sont d'épaisseur très variable. La paroi antérieure, dans le voisinage de l'anneau inguinal externe, est formée seulement par l'aponévrose du grand oblique; plus en dehors elle est renforcée par la couche des fibres musculaires du petit oblique et du transverse. La paroi postérieure ou interne est constituée essentiellement par le fascia transversalis qui offre ici une épaisseur particulière; enfin la gouttière inclinée due à la réunion de l'aponévrose du grand oblique et du fascia transversalis (ligament de Poupart) représente la paroi inférieure et externe du canal inguinal. De nombreuses fibres de tissu conjonctif viennent de tous les points du canal se joindre au cordon, et il en est de même d'un certain nombre de fibres musculaires du petit oblique et du transverse qui descendent le long du cordon en formant des anses (crémaster). Ces anses se divisent parfois de façon que quelques-unes d'entre elles arrivent en arrière du cordon. Nous ne ferons que mentionner en passant la possibilité d'un étranglement spasmodique par contraction de ces muscles (LINHART).

L'orifice externe du canal inguinal est dû à la divergence des faisceaux tendineux du grand oblique avant leur insertion sur le pubis; ces faisceaux forment finalement deux piliers dont l'un supérieur et interne se rend à la face antérieure du pubis tandis que l'autre, inférieur, s'insère à l'épine du pubis. Des bords de la fente limitée par ces piliers un certain nombre de fibres viennent se joindre au cordon et lui forment inférieurement une enveloppe de tissu conjonctif que l'on distingue surtout nettement dans les hernies anciennes (fascia spermatica externa de COOPER). Si au niveau des piliers on détache de ces fibres le cordon spermatique, l'orifice inguinal externe prend une forme ovale. L'intervalle entre les deux piliers est comblé en haut par des fibres transversales qui entourent le cordon et dans certains cas le collet du sac, qu'elles peuvent rétrécir (fibres en sautoir ou arciformes, fibrae intercolumnares).

Enfin nous avons encore à mentionner comme enveloppe du cordon et de la hernie pénétrant dans le scrotum, le fascia superficialis avec les vaisseaux tégumentaires et circonflexes iliaques superficiels. Au niveau du scrotum cette couche change de caractère en se continuant avec la tunique contractile du dartos.

Le sac herniaire peut, après avoir dilaté le canal inguinal, rester dans l'intérieur de ce dernier: c'est cette variété de hernie inguinale que l'on désigne sous le nom de hernie **interstitielle**. On la reconnaît à une proéminence, le plus souvent aplatie, située dans la région du canal inguinal, et ne faisant pas saillie hors de l'anneau inguinal externe.

La hernie interstitielle ne doit pas être confondue avec la **pointe de hernie**. Cette dernière consiste dans une certaine faiblesse locale de la paroi abdominale dans la région du canal inguinal, laquelle fait saillie dans les efforts d'expiration. Le plus souvent on observe alors en même temps une dilatation pathologique de l'anneau inguinal externe.

La **hernie interstitielle** peut être le siège d'un étranglement; la cause de ce dernier, si elle ne réside pas dans le sac herniaire lui-même,

doit être avant tout cherchée au niveau de l'anneau interne ou du fascia infundibuliforme. Lorsque la hernie dure depuis longtemps, on observe parfois une certaine tendance au déplacement du sac herniaire (hernie inguinale intra-péritonéale de BIRKETT), lequel présente une certaine importance au point de vue du diagnostic et du traitement opératoire.

La hernie peut s'étendre peu à peu sous la paroi formée par le grand oblique, soit en haut, soit quelquefois un peu en dedans vers le muscle grand droit, ou vers la crête iliaque; dans d'autres cas le déplacement s'opère plutôt en bas et en arrière vers la fosse iliaque (sur le muscle iliaque), ou bien en bas et en dedans du côté de la vessie et de la paroi postérieure de la symphyse. Parfois on observe, outre la hernie interstitielle, un second sac sortant par l'anneau inguinal externe et suivant par conséquent la direction habituelle (hernie en bissac). (Voir § 122.)

Nous devons ajouter ici encore quelques remarques à celles que nous avons faites (§ 122) au sujet de la hernie inguino-propéritonéale. On comprend sous ce nom la formation d'un sac herniaire double, c'est-à-dire formé de deux poches dont l'une est située dans le canal inguinal ou le scrotum, tandis que l'autre est comprise entre le feuillet pariétal du péritoine et le fascia transversalis. Cette forme de hernie, qui est plus fréquente à droite qu'à gauche, est assez souvent en relation avec des anomalies dans la descente du testicule, ainsi qu'avec des hernies congénitales. C'est aux processus inflammatoires particuliers à ces dernières hernies que B. SCHMIDT attribue la formation du sac propéritonéal, tout en faisant jouer aussi un certain rôle aux lacunes de la paroi abdominale que l'on observe dans ces cas. (Pour ce qui concerne les autres causes de ces formes de hernie et leur traitement, voir § 122.)

Nous avons déjà mentionné plus haut la possibilité de la sortie d'une hernie interstitielle à travers une ouverture de la paroi antérieure du canal inguinal (grand oblique).

Lorsque la hernie inguinale externe a franchi l'anneau de même nom, elle ne tarde pas, en général, à descendre le long du cordon jusque dans le scrotum; si elle n'est pas maintenue par un bandage, elle peut atteindre des dimensions colossales au point de retomber jusqu'au niveau des genoux. Le cordon passe le plus souvent en arrière et en dedans de la hernie qu'il recouvre cependant quelquefois. Nous avons déjà mentionné les différentes positions que peut affecter la hernie par rapport au testicule. Ce dernier est parfois arrêté le long du canal inguinal; dans ce cas, la hernie peut rester interstitielle ou descendre dans le scrotum. Le testicule et les viscères herniés occupent une seule et même cavité lorsque, dans les cas de hernie congénitale, ils ont contracté entre eux des adhérences; il en est de même lorsque, plus tard, une anse intestinale pénètre dans la cavité d'une hydrocèle congénitale restée en communication avec la cavité abdominale. La hernie reste dans la région du cordon et se trouve séparée du testicule dans les cas d'occlusion de la partie inférieure testiculaire de la tunique vaginale propre (**hernie vaginale du cordon spermatique**). Lorsque la hernie est acquise, elle se

trouve contenue dans un sac à côté du cordon et du testicule, avec lequel, par conséquent, elle n'est pas en contact direct.

§ 127. — **L'étranglement** de la hernie inguino-scrotale peut s'opérer dans les différents points au niveau desquels le sac herniaire a été graduellement rétréci par les anneaux du trajet inguinal. Des rétrécissements du sac herniaire peuvent se produire également par voie inflammatoire, ou bien le sac tend à descendre peu à peu avec ses points rétrécis (forme en sablier ou en chapelet; voir les généralités concernant les hernies).

Il n'est pas très rare que le sac herniaire soit rétréci par des anneaux de constriction formés par des faisceaux du fascia transversalis entourant le péritoine. Puis, nous avons à mentionner, comme siège fréquent d'obstacles à la réduction, la région des anneaux inguinaux, et principalement de l'anneau externe. Il arrive aussi assez souvent qu'une constriction annulaire soit produite par les fibres arciformes (fascia intercolumnaris) ou par les parties supérieures de la couche de fibres qui, détachée du petit oblique, descend le long du cordon, et que nous avons désignée sous le nom de fascia spermatica externa (voir § 126).

Le contenu de la hernie inguinale externe est formé le plus souvent par l'intestin grêle, bien qu'on y rencontre fréquemment aussi le gros intestin; c'est surtout dans les hernies congénitales que l'on trouve parfois le cœcum avec l'appendice vermiforme. Nous avons déjà fait connaître antérieurement la disposition anatomique du cœcum dans le sac herniaire, l'absence d'enveloppe péritonéale à la face postérieure de cette partie du gros intestin et la fixation qui en résulte pour ce dernier (§ 82). L'épiploon fait souvent partie du contenu du sac, surtout dans les hernies volumineuses et acquises; cependant on le rencontre aussi dans les formes congénitales; assez souvent alors il contracte des adhérences avec le testicule. Nous avons déjà fait mention également de la présence dans le sac herniaire de diverticules de la vessie, ainsi que de l'ovaire chez la femme. Ce dernier s'observe parfois dans les formes congénitales de hernies; l'existence de l'ovaire dans le sac herniaire peut être assez souvent reconnue par le fait qu'aux époques menstruelles la petite tumeur dure, donnant sous le doigt la sensation d'un paquet d'épiploon, augmente de volume et devient douloureuse.

#### Hernie inguinale interne.

§ 128. — Comme cette hernie refoule devant elle la paroi abdominale en dedans de l'artère épigastrique avant de franchir l'anneau inguinal externe pour apparaître à l'extérieur, le sac herniaire péritonéal est, par conséquent, recouvert par le fascia transversalis ainsi que par le feuillet spermatique externe; la hernie se fraye un passage directement d'arrière en avant; aussi, a-t-elle beaucoup moins de tendance à suivre

le cordon pour pénétrer dans le scrotum<sup>1</sup>. Elle reste pendant un temps relativement long, sous la forme d'une tumeur arrondie, au devant de l'anneau inguinal externe. A son passage à travers la paroi abdominale elle est en rapport en dedans avec le bord externe du muscle grand droit, tandis qu'en dehors elle est en contact avec le cordon.

On donne aussi à cette hernie le nom de **hernie inguinale directe** à cause du trajet direct qu'elle parcourt à travers la paroi abdominale. Cette désignation n'est en somme caractéristique que par rapport aux petites hernies

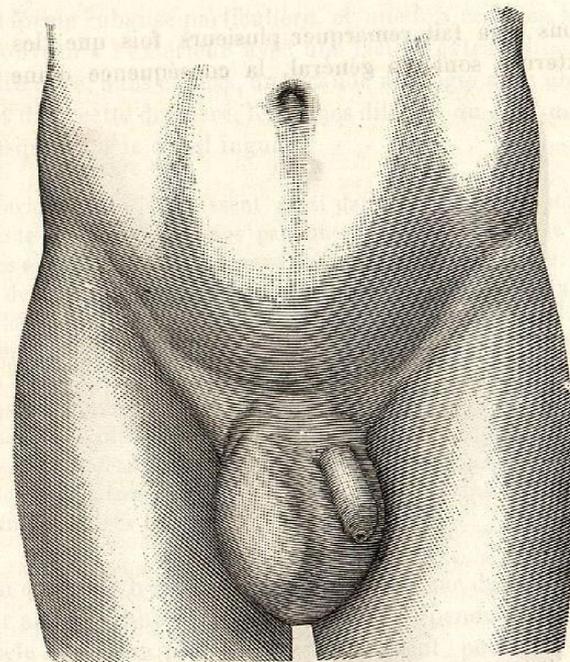


Fig. 44. — Hernie inguinale externe chez un garçon (hernie inguino-scrotale).

inguinales externes qui ne sont pas trop anciennes et qui suivent dans le trajet inguinal la direction oblique du cordon. Par contre une grosse hernie inguinale externe finit par affecter avec le temps la même direction que celle que prend la hernie inguinale interne dès le début de sa formation.

Quant au contenu de la hernie, il ne diffère pas essentiellement de

1. Nous avons déjà mentionné plus haut, dans la nomenclature des hernies inguinales, les cas rares dans lesquels la hernie sort, non pas au niveau de la fossette moyenne comprise entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale oblitérée, mais bien au niveau de la fossette interne limitée par cette dernière artère et l'ouraque (hernies inguinales internes proprement dites).