

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

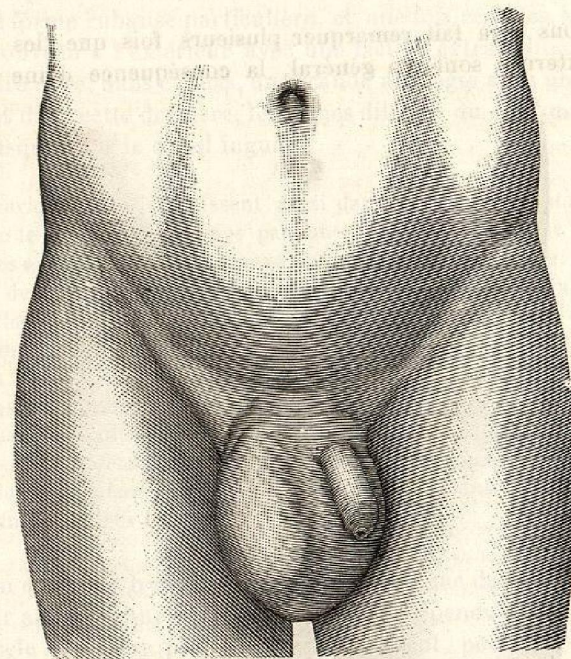


Fig. 44. — Hernie inguinale externe chez un garçon (hernie inguino-scrotale).

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).

celui de la hernie inguinale externe. Disons seulement que dans la hernie interne le sac contient, relativement souvent, un diverticule de la vessie. Dans les cas d'étranglement les deux formes de hernie ont également plusieurs points communs. Ici encore, c'est dans le sac herniaire que se trouve parfois l'agent d'étranglement, tandis que, dans un nombre de cas relativement considérable, la constriction est produite par certaines parties du fascia spermatica externa ou bien par l'anneau inguinal externe. Il n'est pas rare non plus que le fascia transversalis au niveau de l'orifice interne du trajet herniaire, joue le rôle d'un anneau stricteur.

Nous avons déjà fait remarquer plusieurs fois que les hernies inguinales externes sont, en général, la conséquence d'une disposition

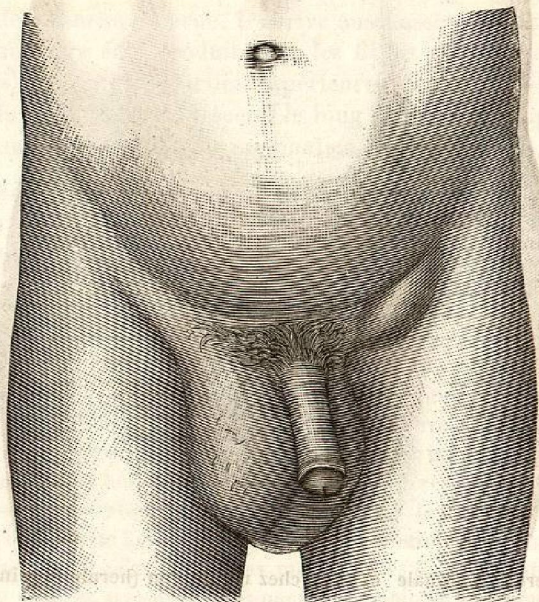


Fig. 45. — Hernie inguinale externe à droite, interne à gauche, chez un vieillard.

anatomique congénitale, et que, dans un petit nombre de cas seulement, elles sont acquises et se développent à un âge avancé. Les hernies internes, au contraire, surviennent *presque toutes chez des individus âgés*, et, dans la majorité des cas chez l'homme. Nous avons déjà fait connaître la cause de cette particularité dans la partie de ce chapitre consacrée à l'étiologie des hernies en général (§ 86).

§ 129. Dans le diagnostic de la hernie inguinale on doit prendre en considération les divers processus morbides qui peuvent donner lieu à une tumeur dans la région du testicule et du cordon.

La hernie inguino-scrotale se distingue, il est vrai, par son étendue de la plupart des tumeurs de cette région. La tumeur herniaire, ronde ou plutôt ovale, contenue dans le scrotum, peut être suivie par la vue et le toucher jusque dans l'anneau inguinal, et dans les formes bien caractérisées, on voit la tumeur se continuer tout le long du canal inguinal. Si la tumeur est, en outre, réductible, et que la réduction s'accompagne de gargouillement, il ne peut subsister aucun doute sur le diagnostic. Mais il existe des hernies inguinales dans lesquelles le sac herniaire, à parois très minces, contient seulement quelques anses intestinales peu remplies ou complètement vides. Ces anses donnent sous le doigt la sensation d'une forme rubanée particulière, et, une fois réduites, elles apparaissent de nouveau à l'extérieur avec une facilité extraordinaire. La tumeur herniaire offre, dans ces cas, une grande analogie avec une **varicocèle**; en effet dans cette dernière, les veines dilatées du cordon se continuent aussi jusque dans le canal inguinal.

Les tumeurs variqueuses disparaissent aussi dans le décubitus dorsal ou lorsqu'on évacue le contenu des veines par une pression exercée le long du cordon, puis elles apparaissent de nouveau dans la station verticale. Souvent ce n'est que par des examens répétés que l'on parvient à poser le diagnostic. Bien que la varicocèle se remplisse plus fortement de sang veineux dans les efforts d'expiration, la réplétion du sac herniaire par les anses intestinales qui font irruption à travers l'anneau inguinal externe, n'en est pas moins tout à fait caractéristique. En outre on peut avoir recours au moyen de diagnostic qui consiste à réduire l'intestin et à exercer une pression énergique sur la région de l'anneau externe; ce dernier étant ainsi fermé, les intestins ne peuvent sortir, tandis que dans ces mêmes conditions les veines du cordon se dilatent par stagnation du sang dans leur intérieur.

La confusion avec une **hydrocèle** n'est possible que dans les cas où l'on pense avoir affaire à une hernie irréductible. Cependant le diagnostic de l'hydrocèle ordinaire peut être, généralement, posé déjà par la simple inspection; en effet, la tumeur dans ce cas s'arrête au niveau de l'anneau inguinal externe, et, par la palpation, on constate que son extrémité supérieure conique ne pénètre pas dans le canal inguinal. En outre, la transparence et la fluctuation sont propres à l'hydrocèle. Il peut être plus difficile de distinguer d'une hernie irréductible une hydrocèle remontant dans le canal inguinal. De même, des néoplasmes de la région du cordon peuvent être confondus avec une épiplocèle adhérente.

Quant aux **tumeurs du testicule** lui-même, elles sont rarement une cause de difficulté pour le diagnostic. Leur forme, d'une part, leur consistance et leur poids, d'autre part, empêcheront sûrement de les prendre pour une hernie. Une erreur de diagnostic n'est ici possible que lorsqu'une hernie inguinale n'est pas descendue dans le scrotum; il peut ar-