

river alors que l'on prenne la hernie pour une glande lymphatique tuméfiée siégeant au devant de l'anneau inguinal.

Les complications de la hernie avec une hydrocèle ou une varicocèle doivent être également prises en considération dans le diagnostic.

Lorsqu'une hernie inguinale est devenue scrotale, il n'est guère possible de reconnaître, avec un certain degré de certitude, s'il s'agit d'une hernie externe ou interne. Le développement de la hernie à un âge avancé et chez un homme, parle en faveur d'une hernie inguinale interne; de même, c'est à cette dernière forme que l'on songera, lorsque le trajet herniaire est direct. Cependant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le trajet oblique de la hernie inguinale externe peut devenir direct avec le temps.

Ainsi donc, on supposera qu'il s'agit d'une hernie inguinale interne lorsque la tumeur herniaire survenue chez un individu âgé n'a aucune tendance à descendre dans le scrotum. On n'en aura la certitude que si avec le doigt introduit dans le canal inguinal, on réussit à reconnaître la position de l'artère épigastrique par rapport à la hernie.

La **hernie inguinale chez la femme** reste d'abord dans la région inguinale pour s'étendre plus tard du côté de la cuisse, ou bien elle descend dans la grande lèvre correspondante. En somme, les hernies volumineuses de la grande lèvre ne sont pas très fréquentes. Dans le diagnostic on devra prendre en considération, avant tout, les kystes du ligament rond (hydrocèle). De même on aura à faire le diagnostic différentiel entre la hernie inguinale et la hernie labiale postérieure (périnéale). Il est rare, du reste, que des processus inflammatoires et des hématomes soient confondus avec une hernie labiale.

Les petites hernies inguinales qui ne sont pas descendues dans la grande lèvre correspondante, ressemblent beaucoup aux hernies crurales au point de vue de la forme et de la situation de la tumeur; il est parfois difficile et souvent même impossible de poser le diagnostic entre ces deux formes de hernies. Cependant, lorsqu'après avoir réduit la hernie, on introduit le doigt sous le ligament de Poupart dans l'anneau crural, et que l'on sent en haut et en dedans l'épine du pubis, le diagnostic de hernie crurale ne saurait être l'objet d'un doute. Mais s'agit-il d'une hernie plus volumineuse, d'une hernie inguinale s'étendant en bas, au devant de l'anneau crural, cette hernie est-elle, en outre, irréductible ou étranglée, il arrive alors assez souvent que le diagnostic reste en suspens jusqu'au moment de l'opération.

§ 130. Quant à l'**opération de la hernie inguinale**, nous n'avons que quelques remarques à ajouter à la description que nous en avons donnée dans la partie générale de ce chapitre.

On a pris de plus en plus l'habitude d'éviter les grandes incisions dans les opérations de hernies inguinales. Ainsi que nous le verrons plus loin, ces

grandes incisions ne sont utiles que dans les hernies volumineuses dans lesquelles les accidents d'étranglement sont dus à une rétention des matières fécales; dans ces cas, en effet, le chirurgien a tout intérêt à pouvoir se rendre compte de l'état de toutes les parties contenues dans le sac herniaire. Mais il est rare que l'on ait à opérer des hernies de ce genre, et lorsque l'opération est indiquée, on fait, en général, l'incision tout d'abord à l'endroit où l'on suppose que se trouve l'agent d'étranglement. Toutefois, de nos jours, avec les précautions antiseptiques, il importe assez peu que l'on donne à l'incision plus ou moins d'étendue. On fera en tous cas d'emblée une grande incision si l'on veut joindre l'opération radicale de la hernie à celle qui a pour but de lever l'étranglement (voir § 96).

L'incision doit être faite parallèlement au canal inguinal et à l'axe longitudinal de la hernie, et cela pour des motifs qu'il est inutile d'exposer. Dans les circonstances ordinaires, c'est à peu près au niveau de l'anneau inguinal externe que doit se trouver la partie moyenne de l'incision dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, et comprenant la peau et le tissu conjonctif sous-cutané.

Lorsqu'on a affaire à une hernie interstitielle étranglée, l'incision doit être pratiquée un peu plus haut, de façon à pouvoir mettre à nu toute la tumeur herniaire; c'est alors à la partie moyenne de la hernie que doit correspondre le milieu de l'incision.

En règle générale, c'est au **débridement externe** (sans ouverture du sac) que l'on aura recours tout d'abord lorsqu'on se trouvera en présence d'une hernie qui paraît se prêter à cette méthode opératoire. Après avoir mis à nu le fascia permatia externa, on constate assez souvent que des parties de cette couche aponévrotique produisent une constriction du collet du sac au-dessous de l'anneau inguinal externe; on les divise alors entre deux pinces ou sur une sonde cannelée, ou bien encore après les avoir soulevées au moyen d'un crochet mousse. Dans d'autres cas, c'est l'anneau inguinal externe qui se distingue par sa forte tension et son rebord tranchant; il peut être incisé de la même manière, et comme je l'ai déjà fait remarquer plus d'une fois, le débridement de dehors en dedans (de la surface à la profondeur) m'a toujours paru plus sûr que dans la direction contraire. Il arrive aussi assez souvent que quelques faisceaux de fibres arciformes restent tendus après l'incision de l'anneau externe, ou bien on constate alors que l'obstacle siége plus haut, c'est-à-dire au niveau de l'anneau inguinal interne dans la hernie externe, et du fascia transversalis dans la hernie interne; la section de ces parties soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors au moyen du bistouri boutonné, permet alors de réduire facilement la hernie.

Si l'incision externe ne conduit pas au but, on ouvrira largement le sac herniaire, avant tout dans le voisinage de l'anneau inguinal externe. Parfois, il est vrai, il suffit de diviser une zone annulaire du sac jouant

le rôle d'anneau constricteur, pour obtenir la réduction de la hernie; il n'est pas nécessaire alors d'inciser largement le sac herniaire. Cependant, d'une manière générale, ce procédé n'est pas à conseiller lorsqu'on opère avec les précautions antiseptiques. Mieux vaut ouvrir convenablement le sac, de façon à pouvoir examiner minutieusement son contenu, avant d'inciser l'anneau de constriction.

Lorsqu'on ouvre le sac d'une hernie inguinale externe interstitielle, on rencontre sous le bistouri les fibres du grand oblique et au-dessous de ce dernier, le crémaster. Quant au cordon, il est situé en dedans de la hernie; dans les formes congénitales il passe dans l'intérieur du sac et est enveloppé par le fascia infundibuliforme, prolongement du fascia transversalis. Dans la hernie interne interstitielle le sac est recouvert par le grand oblique, et latéralement par le petit oblique et le transverse; en outre il est entouré par une mince couche du fascia transversalis. Le cordon avec le crémaster est situé en dehors de la hernie.

Dans la hernie inguinale externe interstitielle, on devra avoir présente à l'esprit la possibilité d'une **ectopie inguinale du testicule**. Assez souvent alors l'intestin est situé à la partie supérieure, et le testicule, ordinairement atrophié, à la partie inférieure du sac herniaire. Parfois le testicule et les viscères herniés sont adhérents entre eux.

La hernie inguino-scrotale possède comme enveloppe, outre le fascia superficialis ou la tunique dartos, le fascia spermatica externa. Dans cette couche passe l'artère honteuse externe qui assez souvent est blessée dans le cours de l'opération.

Pour agrandir le point rétréci du collet du sac on incise ce dernier de dehors en dedans entre deux pinces ou après avoir passé au-dessous le crochet mousse de ROSER, ou bien de dedans en dehors au moyen d'un bistouri boutonné. Si l'on pouvait poser sûrement le diagnostic de hernie externe ou interne, on ferait dans la première le débridement en dehors et dans la seconde en dedans, de façon à être sûr d'éviter l'artère épigastrique. Mais un tel diagnostic n'est guère possible que lorsqu'on réussit à voir l'artère, ce qui est parfois le cas, dans la hernie inguinale interne, après l'incision des enveloppes externes; aussi donne-t-on le conseil de débrider toujours en haut. On peut, du reste, pratiquer une série de petites incisions dans les différentes directions (débridement multiple).

Comme contenu de la hernie inguinale on rencontre, relativement souvent, des parties d'intestins qui ne sont pas complètement enveloppées par le péritoine. Ainsi le cœcum particulièrement est assez souvent fixé dans le sac herniaire de façon que la réduction en est impossible. Dans des cas de ce genre RIZZOLI détachait par dissection le cœcum de la paroi du sac jusqu'à ce qu'il pût en opérer la réduction. Il était alors possible de faire porter dans la suite un bandage.

Lorsque l'agent d'étranglement se trouve au niveau de l'anneau ingui-

nal interne, il est clair que le procédé le plus sûr consiste à diviser tout le trajet inguinal jusqu'au point rétréci que l'on débride à l'aide d'un bistouri boutonné guidé sur le doigt. Ce procédé est encore mieux indiqué dans les cas où, par suite du déplacement du collet du sac de bas en haut, le siège de l'étranglement se trouve reporté au delà de l'anneau inguinal interne.

De même que dans les espèces de hernies qu'il nous reste à décrire, nous n'insisterons pas ici sur les autres détails opératoires, sur l'application de l'antisepsie, sur la question de l'opération radicale, du traitement de l'intestin etc. Le lecteur trouvera tous les renseignements nécessaires dans la partie de ce chapitre consacré au traitement des hernies en général (§ 113).

Hernie crurale.

§ 131. — La hernie crurale sort de la cavité abdominale au niveau de l'espace compris entre le ligament de Poupart et le bord correspondant du squelette pelvien, d'une part, et entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis d'autre part. Au-dessous du pont que forme le ligament de Poupart entre ces deux derniers points du bassin passent à la partie externe les muscles qui servent à la flexion de la cuisse sur le bassin (psoas iliaque), ainsi que le nerf crural. Ces muscles et nerf sont compris dans une loge séparée des vaisseaux, lesquels occupent la partie interne de l'espace limité par l'arcade fémorale, et sont entourés d'une gaine propre résistante de tissu conjonctif (gaine crurale). L'artère fémorale entourée de sa gaine passe en dehors et se trouve en contact avec l'aponévrose du psoas-iliaque. En dedans de l'artère se trouve la veine fémorale; ces deux vaisseaux sont séparés l'un de l'autre par une cloison solide de tissu conjonctif. L'anneau crural qui livre passage à la hernie de même nom, est situé en dedans de la veine, entre cette dernière et les fibres qui du point d'insertion du ligament de Poupart, s'écartent en forme de pinceau pour se continuer avec l'aponévrose pectinéale (ligament de Gimbernat)¹.

C'est par l'anneau crural que passent les vaisseaux lymphatiques qui vont

1. THOMPSON décrit deux cloisons antéro-postérieures partant de l'arcade crurale et se portant en arrière, l'une entre l'artère et la veine, l'autre entre la veine et les lymphatiques, de façon à former trois loges distinctes pour chacun de ces organes. D'après TILLAUX cette description est fantaisiste et basée sur des dissections artificielles; il existe non pas des cloisons distinctes, mais de simples gaines celluleuses entourant chacun des vaisseaux. — Rappelons également que les auteurs français, en général, donnent le nom d'anneau crural à l'orifice limité en avant par le ligament de Poupart, en arrière et en dehors par le muscle psoas-iliaque, en arrière et en dedans par le muscle pectiné. L'anneau crural, d'après la définition de KOENIG, n'est donc que la portion la plus interne de l'anneau crural proprement dit.

(Note du trad.)