

1^o la cavité abdominale ne diminue pas de capacité ; et la perte du droit de domicile des parties herniées n'est qu'une hypothèse gratuite pour expliquer certaines irréductibilités dont la vraie cause réside dans des adhérences pathologiques ; 2^o si l'opinion de M. Girard était fondée, le taxis suivi de réduction devrait déterminer fréquemment la mort : or chacun sait qu'en pareil cas les accidents disparaissent, au contraire, avec la plus grande rapidité ; 3^o tous les intestins herniés ne sont pas adhérents, et ils ont, après le débridement, la plus grande tendance à s'échapper de l'abdomen où la réduction, aidée de la position et d'une certaine compression, peut seule les maintenir.

En cas d'adhérences, néanmoins, et d'altérations organiques de l'intestin, il est plus rationnel et plus prudent, ainsi que nous l'avons déjà dit, de laisser l'intestin dans le sac herniaire, que d'en opérer la réduction, qui expose à la rupture et à des épanchements mortels.

Hernies réduites avec persistance de l'étranglement. Quelquefois les accidents de l'étranglement persistent après la réduction des hernies. Le doigt introduit dans la plaie sent presque toujours alors le fond de la tumeur, que la palpation abdominale fait également reconnaître. Voici la conduite à suivre : le malade, debout ou à genoux, se livre à des efforts respiratoires propres à pousser la hernie en bas, et à la faire sortir de nouveau. Si ces manœuvres restent sans résultat, on cherche à saisir les parois du sac, et à les attirer en dehors ; et si les parties herniées ne suivent pas, on tâche de les accrocher avec le doigt ou une pince mousse, et l'on agrandit même la plaie au besoin pour les faire ressortir. On recherche ensuite les causes de la persistance de l'étranglement, et on y remédie. La conduite du chirurgien est souvent très-difficile et très-délicate dans de pareils cas. Les symptômes d'une péritonite ont été confondus avec ceux de l'étranglement : la paralysie de l'intestin, par suite de la pression qu'il a subie, ou les plicatures dont il est resté le siège, peuvent prolonger les accidents, amener une tympanite et la mort. La plus grande attention et une expérience éclairée sont les meilleures conditions de diagnostic et de succès.

Suites de l'opération. La péritonite est le danger le plus imminent de la kélotomie. Quelques chirurgiens voient, pour ainsi dire, tous leurs malades y succomber, parce qu'ils opèrent trop tard. Quand on a promptement recours au débridement, les guérisons sont nombreuses, et en suivant cette règle, on sauve la presque totalité des malades. Les saignées générales et locales, les applications émollientes, sont souvent utiles. Quand les selles se

rétablissent au bout de quelques heures, le pronostic est favorable ; tandis que la continuation de la constipation doit inspirer de sérieuses inquiétudes. On a dit que des évacuations abondantes, succédant immédiatement au débridement, sont de mauvais augure. Les praticiens sont partagés sur l'utilité des purgatifs. Nous nous sommes toujours bien trouvés de l'emploi de vingt à trente grammes d'huile de ricin à l'exemple de Boyer, administrés quatre ou six heures après l'opération, lorsqu'il n'y a pas eu de garde-ropes. L'immobilité, le relâchement des parois abdominales, les boissons adoucissantes, la diète et une température un peu élevée et constante sont dans les premiers moments des indications de rigueur. On voit quelquefois survenir un écoulement stercoral par la plaie, plusieurs jours après l'opération : il est dû à une perforation consécutive d'un point altéré de l'intestin, et constitue une fistule stercorale d'une durée plus ou moins grande et habituellement sans gravité en raison des adhérences développées qui s'opposent à un épanchement dans le péritoine. Cette complication montre quelle précaution on doit mettre dans l'examen de l'intestin avant de le réduire et quelle réserve on doit apporter dans le pronostic.

L'usage d'un bandage herniaire est nécessaire après la cicatrisation de la plaie. On fortifie ainsi les adhérences ; on favorise le rétrécissement de l'ouverture et du trajet de la hernie, et en prévenant la récurrence, on multiplie les chances d'une guérison radicale.

HERNIE INGUINALE.

Anatomie. La région inguinale, où s'opèrent les diverses variétés des hernies de ce nom, représente un triangle limité en haut par une ligne fictive étendue horizontalement de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord externe du muscle droit ; en bas par le ligament de Fallope (arcade crurale, ligament de Poupart), et en dedans par le muscle droit lui-même.

Le canal inguinal, destiné au passage du cordon testiculaire chez l'homme, et du ligament rond chez la femme, est situé dans ce triangle, et offre à considérer un trajet et deux orifices, l'un interne et l'autre externe.

L'orifice interne, ou intra-abdominal, formé par l'ouverture du fascia transversalis, dans laquelle passe le canal déférent, correspond à une dépression du péritoine, située en dehors de l'artère épigastrique et désignée sous le nom de *fossette inguinale externe*.

L'orifice externe, ou anneau inguinal, est dû à l'écartement des fibres de l'aponévrose du muscle grand oblique, partagées en deux

faisceaux ou piliers. Le pilier supérieur ou interne, aplati, plus large et plus mince que l'autre, descend obliquement de dehors en dedans pour s'entre-croiser avec celui du côté opposé et se fixer sur la crête du pubis. L'autre pilier, inférieur ou externe, va s'attacher d'après A. Cooper, à l'épine pubienne. Le point d'écartement de ces deux piliers se trouve recouvert par des anses fibreuses multipliées, arrondissant en dehors et en dedans les limites de l'anneau.

Le trajet du canal inguinal est circonscrit : en bas, par la gouttière aponévrotique de l'arcade crurale ; en haut, par les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse ; en avant, par des fibres minces et entre-croisées provenant de l'aponévrose du grand oblique. Tapissé en arrière par le feuillet du péritoine, le fascia propria de cette membrane séreuse et le fascia transversalis, le canal inguinal présente 0^m,03 environ de longueur, et renferme : la gaine ou doigt de gant fourni par le fascia transversalis ; le canal déférent ; le crémaster ou anses musculaires provenant des muscles petit oblique et transverse ; les artères spermatique, déférente, du crémaster et du dartos ; des veines ; des vaisseaux lymphatiques ; le nerf génito-crural et le plexus spermatique.

Le canal inguinal, considéré en totalité, est oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, et présente un peu plus de longueur chez la femme que chez l'homme en raison des plus grands diamètres du bassin.

Variétés et rapports artériels de la hernie inguinale. Toute hernie ayant parcouru le canal inguinal, a l'artère épigastrique nécessairement placée en dedans d'elle. Mais toutes les hernies inguinales ne suivent pas le trajet du canal. Plusieurs se forment directement d'arrière en avant, dans la fossette péritonéale que l'on remarque entre l'artère épigastrique en dehors et l'artère ombilicale en dedans, fossette appelée *inguinale interne*. Dans ce cas, l'artère épigastrique est située en dehors de la hernie, ainsi que le cordon testiculaire. Une troisième variété de hernie, décrite par A. Cooper, est susceptible de s'opérer par une troisième fossette péritonéale, comprise entre le bord interne de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit. Velpeau l'a nommée *hernie inguinale oblique interne* (*Ann. de chir.*, t. I, p. 257).

Il y aurait ainsi trois espèces de hernies inguinales, selon leur point d'origine : 1^o la hernie externe, oblique ou indirecte ; 2^o la hernie directe, de Hesselbach, ou interne par rapport à l'artère épigastrique ; et 3^o la hernie oblique interne ou pubienne ; sans compter les hernies interstitielles produites au travers d'ouvertures accidentelles du muscle grand oblique et de ses piliers.

Les deux planches suivantes, tirées de l'ouvrage de Scarpa ; in-

diquent les rapports anatomiques les plus importants des hernies inguinales externe et interne. Dans la première (*fig. 536*), on aperçoit : l'anneau inguinal gauche *e* ; l'aponévrose du muscle grand oblique *c* coupée pour mettre à découvert l'artère et la veine épigastriques *a* ; l'arcade crurale *k* passant au-dessus de l'artère *b*, de la veine *d* et du nerf *j* du même nom. Une épiplocèle *f*, renfermée dans un sac herniaire *g*, incisé longitudinalement, constitue la hernie, dont les autres enveloppes apparentes sont : la tunique du crémaster *h* et le dartos *i*. On a donc sous les yeux une hernie inguinale oblique ou externe, puisqu'elle a parcouru tout le trajet du canal et qu'elle se trouve située en dehors des vaisseaux épigastriques, repoussés en dedans.

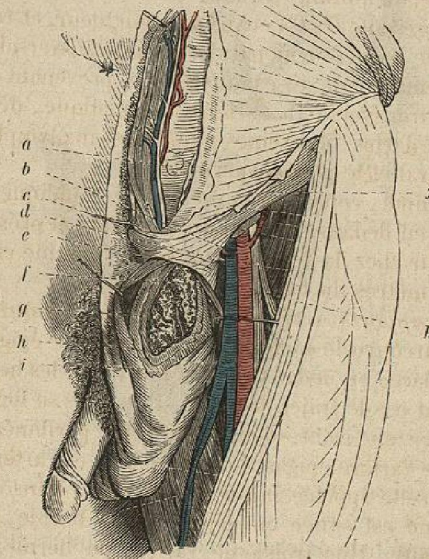


Fig. 536.

Aucune des planches de Scarpa n'a été consacrée aux variétés anatomiques de la hernie inguinale, telles que les hernies interstitielles.

Nous rangeons volontiers dans les cas exceptionnels et d'une grande importance chirurgicale, la hernie oblique interne ou pubienne dont nous avons indiqué les rapports.

Dans la *fig. 537*, on distingue : *c*, l'anneau inguinal du côté droit ; *b*, les bandelettes fibreuses, qui croisent en différents sens la direction des fibres de l'aponévrose du grand oblique, et les