

points d'origine et d'insertion des piliers de l'arcade crurale; *f*, une entéroçèle placée au milieu d'un sac herniaire fendu longitudinalement, ainsi que la tunique formée par le crémaster, de dehors en dedans; *e*, le nerf crural; *a*, l'artère; *g*, la veine du même nom; *d*, l'artère et la veine épigastriques. Cette planche figure, comme on le voit, une hernie inguinale directe ou interne, puisque l'intestin s'est échappé d'arrière en avant, en dedans des vaisseaux épigastriques, qui sont restés en dehors.

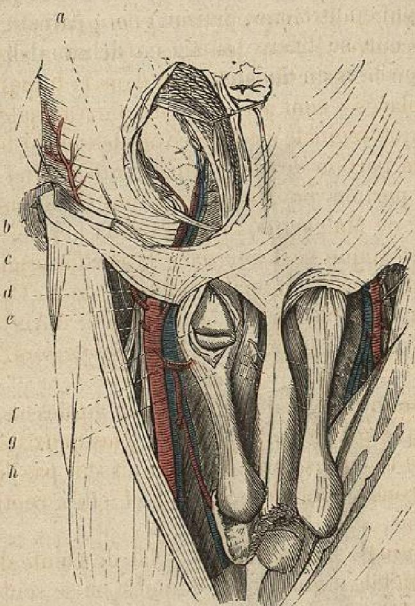


Fig. 537.

La hernie inguinale externe (oblique des auteurs) a pour caractère essentiel d'être en rapport en dedans par son collet avec l'artère épigastrique. Le rapport est inverse pour la hernie inguinale moyenne (directe interne de Hesselbach). Ce rapport important ne change pas, si ancienne et volumineuse que soit la hernie; seulement, dans la hernie inguinale externe, le canal se redressant à la longue par le rapprochement de ses deux orifices, il n'est plus possible de la distinguer de l'interne, à moins qu'on ne mette l'artère épigastrique à nu.

La hernie inguinale oblique interne ou pubienne, que l'on pourrait simplement appeler interne, si l'on ne risquait ainsi de la faire confondre avec celle de Hesselbach, est en rapport en dehors avec

l'artère ombilicale, et en dedans avec le bord externe du muscle droit. Son axe croise à angle droit celui de la hernie inguinale externe, son collet est à plus d'un centimètre de l'artère épigastrique.

Une autre variété de hernie inguinale est celle que l'on a appelée *hernie congénitale*, dénomination contre laquelle Roux s'élevait déjà en 1809, et que A. Cooper a changée pour celle de *hernie vaginale*. Cette hernie arrive quand la séparation naturelle ne s'est point opérée entre la tunique vaginale et le péritoine. La communication pouvant persister jusqu'à l'âge adulte et même indéfiniment, cette hernie, dite improprement *congénitale*, serait susceptible d'être rencontrée à tous les âges. On en a distingué quatre variétés: ou bien le testicule se trouve dans la tunique vaginale, et les organes déplacés y sont avec lui (hernie vaginale testiculaire); ou bien la tunique vaginale est fermée au-dessus du testicule; il n'y a de libre que la portion de cette tunique qui répond au cordon, et c'est dans cette portion que les organes sont contenus (hernie vaginale funiculaire de Malgaigne); ou encore la hernie, entourée d'un sac distinct, est venue se loger dans la portion vaginale qui renferme le testicule (hernie vaginale enkystée de A. Cooper ou à sac intra-vaginal ou à double sac de M. Bourget, d'Aix); ou, enfin, le testicule est resté à l'anneau, et les organes sont déplacés au-dessous de lui.

Lorsque la tunique vaginale est oblitérée au-dessus du testicule et ne communique plus avec le péritoine, les deux variétés de hernies *funiculaire* et *enkystée* ne nous paraissent pas devoir être admises, ni par conséquent conservées, et elles rentrent dans les hernies ordinaires.

La hernie inguinale se présente à l'état de pointe de hernie, de hernie intra-pariétale, quand les organes ne se sont pas fait jour au travers de l'anneau externe; de bubonocèle, quand ils ont franchi celui-ci; d'oschéocèle, quand ils sont tombés dans le scrotum. Chez la femme, le dernier degré de la hernie inguinale est constitué par la présence des viscères dans la grande lèvre (hernie vulvo ou vaginalo-labiale, ou purement labiale).

Enveloppes viscérales. Elles varient suivant l'espèce de hernie. Dans l'inguinale externe, chez l'homme, les organes sont contenus dans la tunique propre du cordon, et les enveloppes de la hernie sont, de dedans en dehors, le sac, le fascia propria, le fascia transversalis, le crémaster (tunique érythroïde), le dartos, le fascia superficialis et la peau. Ces diverses tuniques sont séparées par des couches plus ou moins épaisses de tissu cellulaire. Les artères génitales externes rampent dans leur épaisseur. Le testicule se trouve ordinairement au-dessous de la hernie. Le cordon est placé en ar-

rière et un peu en dedans dans la hernie externe, en dehors dans la hernie interne; dans les hernies anciennes, les éléments du cordon sont éparpillés et peuvent être placés sur les côtés ou même en avant de la tumeur. Ces enveloppes sont amincies ou très-épaissies etc. Nous avons déjà signalé ces altérations et celles du sac.

La hernie inguinale interne ne se fait pas dans la tunique du cordon; mais elle s'approprie une partie du fascia transversalis, qui forme la paroi postérieure du canal. Au lieu de sortir en dehors par l'anneau inguinal, la hernie peut encore, comme nous l'avons dit, traverser quelques éraillures des piliers et de l'aponévrose du grand oblique. J. L. Petit, Scarpa, A. Cooper, Roux, Blandin, Laugier en ont signalé des exemples.

La hernie oblique interne a été vue, comme les deux autres variétés, à l'état de hernie incomplète ou pointe de hernie, de hernie intra-pariétale, de lubonocèle et d'oschéocèle. Voici, d'après Velpeau, quelles en sont les enveloppes: 1^o la peau; 2^o le fascia sous-cutané; 3^o la trame lamellée de l'aponévrose du grand oblique; 4^o le fascia propria; 5^o le sac. La racine du dartos et le fascia transversalis ne s'y trouvent que par accident. Si la hernie n'a pas dépassé son ouverture d'origine, elle présente le même nombre et la même variété d'enveloppes. A l'état de hernie intra-pariétale, elle reste couverte par: 1^o la peau; 2^o le fascia sous-cutané; 3^o l'aponévrose entière du grand oblique; 4^o le tissu cellulo-graisseux qui sépare cette aponévrose du fascia transversalis; 5^o le fascia propria; 6^o le sac.

Toutes ces couches, dont quelques chirurgiens ont exagéré l'importance et le nombre, sont ordinairement plus ou moins confondues et altérées par la distension, la compression et l'inflammation qu'elles ont subies. Les rapports vasculaires méritent une attention plus sérieuse.

Diagnostic différentiel. La situation de la hernie, son développement du côté des bourses, ou de la grande lèvre chez la femme, la position du ligament de Fallope, au-dessus duquel sont les hernies inguinales, tandis que les hernies crurales sont au-dessous, sembleraient différencier d'une manière certaine ces deux genres de déplacement, qui ont encore d'autres signes spéciaux. Cependant on cite des erreurs commises par les chirurgiens les plus exercés: Roux a pu prendre pour une hernie inguinale étranglée l'inflammation aiguë du cordon testiculaire.

De l'étranglement dans les hernies inguinales. Dans les hernies récentes l'étranglement se fait à l'anneau; dans les hernies anciennes et mal contenues il se fait au collet du sac. Une hernie oblique externe peut être étranglée à la fois vis-à-vis de l'anneau

externe et vis-à-vis de l'anneau abdominal, ou encore dans toute l'étendue du canal inguinal. De même que les collets, les étranglements peuvent être multiples; ils ont quelquefois pour siège le trajet et l'orifice du fascia transversalis.

Opération. On pratique ordinairement l'incision de la peau depuis la partie supérieure de la tumeur herniaire jusqu'à sa partie la plus déclive et on y ajoute une seconde incision en T. Avec un peu d'habitude on fait agir le bistouri de dehors en dedans; mais si la peau est mince et susceptible d'être soulevée en pli transversal, il vaut mieux en transpercer la base de dedans en dehors, ce qui rend cette première partie de l'opération beaucoup plus prompte. On divise ensuite les enveloppes de la hernie couche par couche, en évitant le cordon testiculaire, et le sac herniaire est ouvert dans toute sa hauteur. Le sac peut manquer dans certaines hernies du cæcum et de la face antérieure de la vessie, disposition facile à expliquer par l'absence du péritoine sur quelques points de ces organes.

Lorsque l'étranglement a été mis à nu, de quel côté doit-on faire porter le débridement? Nous avons rapporté les dissidences des plus grands chirurgiens à ce sujet; les uns débridant en dehors, les autres en dedans ou directement en haut. Desault et Chopart ont conseillé de débrider du côté opposé à celui où se trouve le cordon testiculaire, et cette règle répond parfaitement aux dispositions anatomiques des hernies externe et interne, puisque l'artère se rencontre dans les deux cas du côté du cordon. Malheureusement la situation de ce dernier est sujette à d'assez grandes variétés selon l'ancienneté de la hernie, et n'est pas dans tous les cas facile à reconnaître. Le meilleur moyen d'éviter tout accident, quels que soient le siège de l'étranglement et l'espèce de la hernie, paraît être de pratiquer le débridement multiple: nous y avons toujours eu recours, et il ne nous est jamais arrivé de blesser l'artère épigastrique. Si toutefois ce vaisseau était ouvert et qu'on s'en aperçût, on essaierait de le lier, ou l'on tamponnerait la plaie, après la réduction de la hernie.

Nous ne reviendrons pas sur les diverses précautions à prendre pour amener l'intestin au dehors, afin de juger du degré d'altération qu'il a subi. Les tractions doivent avoir lieu, ainsi que la réduction, avec d'extrêmes ménagements, afin qu'on ne rompe pas l'intestin, dont la résistance est souvent affaiblie sur les points où la striction était causée par un étranglement falciforme. On a débridé un seul collet, tandis qu'on en méconnaissait un second, placé à une plus grande profondeur. Quelquefois les parties herniées ont été repoussées dans l'épaisseur des parois abdominales, et les ma-