

Celle-ci peut être due à une réduction incomplète, ce que l'on peut éviter en explorant avec le doigt tout le trajet herniaire après la kélotomie, soit à une réduction en masse, le sac ayant filé avec l'intestin dans le ventre pendant les efforts de taxis, soit à ce que l'intestin a été refoulé à travers l'incision du débridement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et s'y est étranglé (Streubel, Farabeuf). Si l'on soupçonne ces deux complications, il est indiqué d'agrandir l'ouverture pour aller à la recherche de l'intestin, et le réduire convenablement après l'avoir dégagé.

La continuation des accidents peut encore être due à ce que l'opération n'a pas porté sur la hernie, cause des accidents. C'est ce qui arrive dans les cas de coexistence d'une hernie irréductible avec un étranglement interne; mais c'est plutôt là une erreur de diagnostic. C'est encore ce qui peut arriver dans les hernies propéritonéales ignorées. On n'opère que la hernie superficielle, et l'étranglement siège le plus souvent au collet du sac profond. Dans quelques cas, l'examen attentif de la région opératoire pendant l'opération a permis de reconnaître cette disposition et d'aller débrider le véritable étranglement.

Mais de toutes les complications abdominales, la plus grave et la plus fréquente est la péritonite, qui peut survenir de trois manières. Elle peut être consécutive à une perforation intestinale précoce ou tardive; elle est alors suraiguë et rapidement mortelle. Elle peut être due à la propagation des phénomènes inflammatoires développés au niveau de la plaie. Enfin, dans quelques cas, elle a un début sourd, une marche insidieuse et se rapproche de cette variété particulière de péritonite qui a été décrite depuis ces dernières années sous le nom de septicémie péritonéale. Voici quels en sont les signes: la température s'élève légèrement, la langue devient sèche, la peau chaude; il y a quelques nausées, puis les accidents graves éclatent. Le facies devient grippé, la respiration anxieuse, le thermomètre dépasse rapidement 40°. En même temps le ventre est souple, les selles sont normales et la plaie a bon aspect. La mort survient rapidement, et souvent au milieu d'un délire bruyant. Il n'y a dans ces cas qu'un traitement à tenter: la laparotomie avec toilette péritonéale qui, dans quelques cas, a été couronnée de succès.

*Complications éloignées.* — Souvent aussi le malade peut être emporté par la continuation des accidents viscéraux causés par l'étranglement, tels que les congestions pulmonaires et rénales que nous avons déjà signalées. Quelquefois aussi il meurt de son étranglement malgré l'opération, avec une diarrhée abondante qui entraîne un affaiblissement rapide. Enfin certains opérés ont succombé à des phlébites étendues et même à des accidents cérébraux, tels que des embolies centrales signalées dans quelques rares cas.

**De quelques modifications apportées au mode opératoire de la ké-**

**Iotomie.** — Les mauvais résultats que donnait autrefois la kélotomie avaient amené certains chirurgiens à modifier certains temps du manuel opératoire et ils avaient pour but d'éviter ou de réduire au minimum l'ouverture péritonéale.

Je signalerai en première ligne la kélotomie sans ouverture du sac et qui ne peut être pratiquée que dans les cas où l'étranglement est produit par les anneaux. Cette méthode, inaugurée par J.-L. Petit, a été reprise par Colson (de Beauvais), en France, et par certains chirurgiens anglais. Le procédé est des plus simples. Au moment où l'opérateur, après avoir incisé les couches superficielles, est arrivé sur le sac, il débride l'anneau en glissant entre celui-ci et le collet le bistouri de Cooper; puis, ceci fait, il réduit l'intestin en faisant un taxis au niveau du sac. On reconnaît que le débridement est suffisant quand après l'incision on voit le collet s'élargir. Cette méthode est dangereuse, parce qu'elle expose à réduire un intestin sur les lésions duquel on reste forcément sans renseignements précis. De plus l'innocuité relative de l'ouverture péritonéale avec l'emploi de la méthode antiseptique l'a rendue aujourd'hui inutile.

Nous ne ferons que citer pour mémoire les procédés de débridement sous-cutané de Jules Guérin et la kélotomie sans réduction de Marc Girard, aujourd'hui justement abandonnés.

Enfin, dans les cas de fausse réduction ou de réduction en masse, le chirurgien pourra ouvrir largement le ventre et pratiquer la laparotomie pour aller à la recherche de l'obstacle. Dans ces cas, un étranglement interne se trouve par le fait substitué à un étranglement externe, et ce sont les indications particulières de ce genre d'accident qui doivent guider le chirurgien. Dans tous les autres cas c'est la kélotomie à ciel ouvert en ouvrant le sac et avec toutes les précautions antiseptiques qui devra être le procédé de choix.

D'ailleurs cette opération donne aujourd'hui, grâce aux perfectionnements modernes, de bien meilleurs résultats. Les succès seront d'autant plus considérables qu'on saura la pratiquer plus tôt, avant que les lésions intestinales sérieuses et souvent irrémédiables se soient produites et que le malade soit en proie à un état général grave. La kélotomie doit toujours être hâtive et rigoureusement antiseptique.

## ARTICLE V. — DES HERNIES EN PARTICULIER

### § 1. — Hernies inguinales

On désigne sous le nom de hernies inguinales celles qui se font à travers le trajet inguinal par lequel passe le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme. Les hernies peuvent occuper la totalité ou seulement une partie de ce canal.

Ce trajet, qui sert de passage au testicule, pendant sa migration de

l'abdomen dans le scrotum, est alors un véritable canal, qui contient un diverticule péritonéal, lequel se continue avec la séreuse testiculaire. Cette migration achevée, le canal s'oblitére dans toute sa partie inguinale. Or les hernies peuvent se produire soit avant l'oblitération du conduit péritonéo-vaginal : on dit alors qu'elles sont *congénitales*, soit au contraire, après la fermeture de ce trajet séreux : ce sont dans ce cas des hernies *inguinales ordinaires ou acquises*.

Pour bien comprendre le mécanisme de ces diverses variétés il est indispensable de rappeler la constitution anatomique et l'évolution du canal inguinal.

Ce canal forme un trajet oblique, suivant l'arcade crurale, situé immédiatement en arrière de l'aponévrose du grand oblique. Les fibres écartées des muscles petit oblique et transverse forment sa paroi supérieure. En arrière ce trajet se trouve fermé par le fascia transversalis, lame fibreuse distincte de l'aponévrose du muscle transverse.

Ainsi limité il présente deux orifices. L'orifice profond, appelé anneau inguinal interne, est situé en dehors, à peu près vers le milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque à l'épine du pubis. C'est par cet orifice que pénètrent à travers la paroi abdominale le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme.

L'orifice superficiel appelé anneau inguinal externe ou inférieur est situé au-dessus du pubis ; il est formé par l'écartement des fibres de l'aponévrose du grand oblique. Il est limité par deux faisceaux fibreux dont l'inférieur, pilier *inférieur ou externe*, passe en dehors puis contourne le cordon spermatique pour venir, en passant au-dessous de lui, s'insérer sur l'épine du pubis. Le pilier interne ou supérieur vient s'insérer sur la partie antérieure de la symphyse pubienne en entre-croisant ses fibres avec celles du côté opposé. Ces piliers circonscrivent un espace triangulaire à sommet dirigé en haut et en dehors. Cet angle est émoussé par l'existence de fibres superficielles qui croisent la partie supérieure des deux piliers : les fibres arciformes ne sont qu'une émanation du grand oblique du côté opposé. Enfin, en arrière des deux piliers, existe une bandelette fibreuse formant la partie inférieure de l'anneau externe, elle est constituée par un faisceau fibreux venant encore du grand oblique du côté opposé et qui, dirigé en bas et au dehors, se fixe sur l'épine du pubis ; c'est le pilier postérieur ou ligament de Colles.

Le trajet ainsi délimité par ces deux orifices a environ 3 centimètres de long chez l'homme ; il est un peu plus long chez la femme. Il est traversé par le cordon chez l'homme et le ligament rond chez la femme. On trouve autour de ces organes un tissu élastique, lamelleux et dense, qui chez l'homme fait partie des enveloppes du cordon, et qui, chez la femme, entoure le ligament rond jusqu'à sa terminaison inférieure.

Si maintenant nous examinons, par la face profonde, la paroi abdominale inférieure, on voit que le péritoine pariétal est soulevé par cinq

replis qui déterminent six fossettes importantes. Ces replis, dirigés obliquement en haut et en dedans, convergent vers l'ombilic. Le cordon moyen, absolument médian, est l'ouraque. Plus en dehors et aboutissant aux parties latérales de la vessie, existent les cordons fibreux, restes de l'artère ombilicale. Enfin, plus en dehors encore, et répondant à peu près à la partie moyenne de l'arcade crurale, est un repli moins marqué, constitué par le relief de l'artère épigastrique. Entre ces trois replis existent trois fossettes, c'est-à-dire trois dépressions tapissées par le péritoine. En dedans, entre l'ouraque et l'artère ombilicale, dépression peu profonde située en bas et tout près du pubis, répondant à peu près à l'orifice superficiel du canal inguinal : c'est la *fossette vésico-pubienne ou inguinale interne*. Plus en dehors, entre l'artère ombilicale qui la limite en dedans et l'artère épigastrique, existe la fossette inguinale moyenne répondant au milieu de la paroi postérieure du trajet. Enfin, en dehors de l'artère épigastrique, est la fossette inguinale externe, la plus importante, qui répond à l'orifice profond du canal inguinal. Cette fossette est limitée en dedans par le bord concave et saillant du fascia transversalis dont les fibres arciformes entourent cet espace triangulaire et le transforment en un anneau de forme elliptique, ou mieux, ogivale.

*Canal péritonéo-vaginal.* — Chez le fœtus la disposition que nous venons d'indiquer est un peu différente. Le trajet inguinal est parcouru dans toute sa longueur par un prolongement de la séreuse péritonéale qui fait communiquer l'abdomen avec la tunique vaginale : c'est le canal péritonéo-vaginal, formé par la migration de la glande testiculaire. A partir de la naissance et même quelquefois avant, le canal tend à s'oblitérer ; mais cependant, sur un certain nombre de sujets (15 p. 100 environ), d'après Ramonède, cette oblitération n'aurait pas lieu ou du moins ne serait pas complète et il persiste des vestiges de ce canal séreux.

Les dispositions que l'on peut rencontrer dans les cas où l'oblitération reste incomplète peuvent être ramenées à trois types principaux. Tantôt, il ne persiste qu'un petit cul-de-sac séreux dont le fond ne dépasse pas le fascia transversalis (1<sup>er</sup> degré). Tantôt, c'est un diverticule allongé pénétrant plus ou moins loin le long du cordon spermatique, quelquefois jusque dans les bourses, mais ne communiquant pas avec la séreuse vaginale : c'est le 2<sup>e</sup> degré ou variété péritonéo-funiculaire. Enfin le canal péritonéo-vaginal peut être complet et la communication avec la séreuse conservée : c'est l'anomalie péritonéo-vaginale proprement dite. Dans ce cas, le canal commence par une portion étroite cachée sous un pli péritonéal, pli rétro-inguinal ; il se renfle dans le canal inguinal et se rétrécit au niveau de l'anneau externe ; en sortant de cet anneau il forme un second renflement et subit enfin un dernier rétrécissement au niveau de sa communication avec la séreuse vaginale. Aux points rétrécis on trouve ordinairement des diaphragmes plus ou moins

complets, brides ou valvules saillantes formées uniquement par l'adossement de la séreuse à elle-même.

Ce conduit péritonéo-vaginal contracte avec les éléments du cordon des rapports importants. Avant d'entrer dans le canal inguinal, il recouvre le canal déférent et les vaisseaux spermatiques; dans le trajet, il est en avant et au-dessus du cordon; dans le scrotum, en avant et en dehors. Il est donc toujours plus superficiel que les autres éléments.

#### 1° HERNIES INGUINALES RÉDUCTIBLES

##### A. Acquisées.

Cette hernie, dite encore à canal fermé par Malgaigne, présente trois variétés anatomiques principales :

1° La plus commune de ces variétés est, sans contredit, la *hernie oblique externe* dans laquelle les viscères s'engagent par l'orifice profond du canal inguinal, ou fossette inguinale externe, en dehors de l'artère épigastrique, et peuvent parcourir tout le trajet inguinal pour sortir par l'orifice superficiel. Cette hernie peut comprendre quatre degrés principaux.

Dans le premier, la hernie franchit à peine l'orifice inguinal profond et s'engage dans la partie la plus supérieure du canal inguinal formant ce que l'on appelle une *pointe de hernie*.

Dans un second degré, elle remplit tout ou la plus grande partie du canal inguinal, mais sans franchir l'orifice superficiel; on est alors en présence de la hernie dite *interstitielle, intra-inguinale* ou *intra-pariétale*. La troisième variété comprend celles qui franchissant l'anneau superficiel forment à l'aine une tumeur de volume variable, mais sans descendre dans les bourses; c'est le *bubonocèle* ou *hernie inguino-pubienne*. Enfin les hernies du quatrième degré ou *oschéocèles* sont celles qui pénètrent jusque dans le scrotum: on les appelle encore hernies *inguino-scrotales*.

Toutes les hernies obliques externes ne passent pas forcément par ces quatre degrés. Elles peuvent rester stationnaires à un point quelconque de leur développement. Quand elles sont complètes, c'est-à-dire inguino-scrotales, leur trajet présente, au moins dans les hernies récentes, deux points rétrécis correspondant aux anneaux inguinaux superficiels et profonds. Mais, dans les hernies anciennes et volumineuses, ces anneaux se laissent énormément distendre et perdent peu à peu leurs caractères normaux. En même temps le trajet s'efface petit à petit; par suite de leur dilatation, les deux orifices se trouvent progressivement en face l'un de l'autre, se rapprochent, et la hernie primitivement oblique tend de plus en plus à se transformer en hernie directe. Cette hernie oblique externe présente deux rapports importants à connaître.

Au niveau de l'orifice inguinal profond elle est en rapport avec l'artère épigastrique qui sert à délimiter en dedans la fossette inguinale externe et qui, par conséquent, entoure toujours par sa concavité la moitié interne du pédicule. Enfin, dans tout le trajet inguinal, elle est située au-dessus et en avant du cordon spermatique. Cependant, dans certains cas de hernie ancienne, on trouve les éléments du cordon éparpillés autour du sac herniaire; il est plus que probable alors, pour certains auteurs, que l'on a affaire à une hernie congénitale.

Avant de quitter la hernie inguinale externe, nous devons indiquer quelques variétés qui s'y rattachent. Ainsi, dans certains cas, la hernie peut sortir du canal non point par son orifice externe, mais par une éraillure de sa paroi antérieure. Elle est dite alors *hernie par éraillure*. Cet orifice accidentel a été aussi rencontré une fois sur la paroi postérieure comme porte d'entrée de la hernie dans le canal inguinal. On cite encore, comme cas exceptionnel, un cas de sortie par une éraillure du pilier inguinal interne (hernie pubienne).

2° Au lieu de traverser tout le canal inguinal, la hernie peut s'y introduire, dans certains cas, par la fossette inguinale moyenne qui, nous le savons, se trouve presque en face de l'anneau superficiel. La hernie est alors *inguinale directe*. Cette variété, très rare du reste, est remarquable par sa direction perpendiculaire à la paroi abdominale antérieure, par son petit volume ordinaire. Elle a peu de tendance à descendre dans les bourses; elle se dirige au contraire de préférence vers la racine de la cuisse. Elle est souvent constituée par un simple pincement herniaire.

3° Dans la troisième variété, désignée sous le nom de *hernie inguinale oblique interne*, la hernie s'engage à travers la fossette vésico-pubienne; aussi est-elle obligée de se diriger obliquement en bas et en dehors, pour gagner l'orifice externe du canal. Elle traverse ordinairement une éraillure du fascia transversalis et peut, soit rester interstitielle, c'est-à-dire ne pas franchir l'aponévrose du grand oblique, soit au contraire, comme nous venons de le dire, traverser l'anneau inguinal. Ces hernies sont de petit volume.

Dans ces deux dernières variétés, l'artère épigastrique se trouve en rapport avec la moitié externe du pédicule au lieu d'en contourner la partie interne comme dans l'oblique externe.

#### CONSTITUTION DE LA HERNIE

1° *Enveloppes. Sac herniaire.* — Après avoir traversé les couches superficielles formées par la peau et des fascias cellulo-fibreux lamelleux en nombre variable, on arrive sur le sac herniaire. Les hernies inguinales ont ordinairement un sac complet. Cependant, lorsque le contenu de la hernie est formé par un organe qui possède seulement un revêtement

péritonéal incomplet, comme le cœcum ou la vessie, le sac peut faire défaut ou être incomplet. Dans les cas ordinaires, ce sac présente avec l'artère épigastrique et les éléments du cordon des rapports que nous avons indiqués précédemment. Il n'offre le plus souvent qu'un seul collet qui se forme au niveau de l'anneau inguinal profond; cependant, dans certains cas, on peut trouver un second collet au niveau de l'anneau superficiel. D'autres fois encore, le sac peut présenter un rétrécissement au niveau de la partie moyenne du trajet inguinal; la hernie est dite alors *en bissac*. Le sac de la hernie inguinale peut revêtir à peu près toutes les variétés que nous avons décrites au chapitre des hernies en général. C'est à la région inguinale que l'on observe le plus souvent les sacs à collets multiples ou sacs superposés, la hernie à sac diverticulaire latéral, à double sac dans la même gaine, etc. C'est aussi dans cette région que l'on a observé le plus grand nombre de hernies *propéritonéales*.

2° *Contenu de la hernie*. — Les hernies inguinales contiennent ordinairement une ou plusieurs anses d'intestin grêle, accompagnées d'une quantité variable d'épiploon. L'épiplocèle pure existe aussi, mais plus rarement qu'à la région crurale. Dans les hernies récentes, chez les jeunes sujets surtout, on ne rencontre quelquefois qu'une seule anse intestinale. Dans certains cas, cependant, c'est le gros intestin qui peut prendre place dans la hernie inguinale et plus spécialement l'S iliaque ou le cœcum. Les portions du gros intestin peuvent se trouver seules herniées ou accompagnées d'intestin grêle. Enfin les autres parties du gros intestin, cœlon ascendant, descendant et même transverse, ont été exceptionnellement rencontrées, mais c'est le cœcum qui est la portion dont la présence est la plus fréquente dans les hernies inguinales. On a pu très rarement aussi trouver le cœcum dans une hernie droite et l'S iliaque dans une hernie gauche. Ce sont surtout les hernies du cœcum qui s'accompagnent d'un sac incomplet. Dans ce cas, cette portion de l'intestin semble glisser sous le péritoine et s'engager dans le trajet par la partie de sa surface dépourvue de séreuse. Le péritoine est alors entraîné à sa suite, formant un sac latéral dans lequel peuvent venir s'engager d'autres viscères, l'iléon le plus souvent. Quelquefois même les hernies du cœcum sont totalement dépourvues de sac.

D'autres organes peuvent aussi se trouver compris dans les hernies inguinales. Nous devons mentionner ici les hernies de l'ovaire et de la trompe, les hernies de l'utérus et même, dans un cas, une portion de l'utérus gravide. On a noté aussi une hernie de la rate (Ruysh). Enfin c'est surtout à la région inguinale que s'observe la hernie de la vessie. Celle-ci est tantôt seule, tantôt accompagnée de l'intestin. De plus, ainsi que le cœcum, elle peut quelquefois avoir un sac complet; mais le plus souvent elle ne présente qu'un sac incomplet et latéral, parfois même on en a constaté l'absence totale. Le sac de la hernie vésicale se forme

exactement par le même mécanisme que celui de la hernie du cœcum. Nous n'y reviendrons pas. La portion herniée de cet organe est quelquefois enflammée et altérée; souvent on y a constaté la présence de calculs. Toutes ces variétés herniaires sont d'ailleurs très rares.

Enfin, pour en terminer avec l'anatomie pathologique, indiquons que les hernies inguinales peuvent être unilatérales ou bilatérales, que l'on peut même constater plusieurs variétés de hernies du même côté. Ainsi on a signalé, dans un cas, l'existence simultanée d'une hernie inguinale oblique externe et d'une hernie directe ayant chacune un sac complet et distinct.

### B. *Hernies inguinales congénitales.*

On désigne sous le nom de hernies inguinales congénitales celles qui se produisent « à la faveur d'une disposition anatomique fœtale, congénitale, du trajet inguinal, disposition qui n'est autre que la persistance plus ou moins complète du canal péritonéo-vaginal » (Peyrot).

D'ordinaire, ces hernies se produisent au moment de la naissance; mais, comme nous l'avons vu plus haut, chez certains sujets ce conduit séreux peut anormalement persister pendant toute la vie, aussi on pourra voir à tout âge survenir des hernies congénitales. Enfin, quelquefois, en même temps que cette persistance du conduit séreux, il peut se produire un trouble de la migration du testicule, qui demeure ectopié. Il y aura donc deux ordres de hernies congénitales inguinales: les hernies *congénitales simples*, et celles qui seront accompagnées d'*ectopie testiculaire*.

a. *Hernies congénitales simples*. — La hernie congénitale simple occupe naturellement toujours tout le canal inguinal et se rattache, par conséquent, à la hernie oblique externe. Elle peut comprendre deux variétés suivant le degré de persistance du conduit péritonéo-vaginal. La plus fréquente est la *hernie vaginale testiculaire*, dans laquelle le conduit péritonéo-vaginal existe dans toute son étendue. L'intestin occupe tout le conduit et la cavité vaginale, il est en contact avec le testicule qui est ordinairement situé en arrière et en bas. Dans certains cas, ce testicule peut être en inversion. Quelquefois l'intestin et l'épiploon peuvent contracter des adhérences avec lui.

La seconde variété est la *hernie vaginale funiculaire*. Dans celle-ci le conduit péritonéo-vaginal est partiellement oblitéré; il n'y a plus de communication entre ce conduit et la vaginale. Ce qui en persiste forme un sac herniaire qui fait une saillie plus ou moins considérable en dehors de l'anneau inguinal superficiel, et souvent, le sac est relié à la vaginale par une bride fibreuse. Quelquefois il existe entre le sac et la vaginale une communication, mais elle est très étroite et ne se laisse pas traverser par l'intestin. Celui-ci, dans ce cas, ne descend pas jus-

qu'au testicule, ou du moins s'il l'atteint il ne le dépasse pas. Cette hernie peut cependant présenter un volume assez considérable. Elle peut, d'après Duret, se diviser en deux sous-variétés.

Dans la première (*hernie en bissac*) il existe deux poches : la première est située dans le canal inguinal ; la seconde, communiquant avec la première par un orifice rétréci, occupe la racine des bourses et ne descend pas jusqu'au testicule.

La deuxième sous-variété a été désignée par Trélat du nom de funiculo-testiculaire. Dans ce cas, il existe une communication étroite entre le renflement du conduit contenu dans les bourses et la tunique vaginale.

Toutes ces hernies congénitales présentent une série de caractères anatomiques communs. On trouve toujours un ou plusieurs diaphragmes sur certains points de la longueur du sac, et surtout à l'orifice abdominal du canal inguinal, qui en est la partie la plus rétrécie. De plus, le sac péritonéo-vaginal présente des adhérences assez intimes avec les parties qui l'entourent et surtout avec les éléments du cordon qui sont situés en arrière ou éparpillés autour de lui. Le canal déférent fait souvent saillie à la face interne du sac herniaire. Enfin, lorsque le sac ne communique pas avec la vaginale, il lui est relié par un cordon fibreux d'étendue variable.

On peut encore rattacher aux hernies congénitales la hernie propéritonéale, dont nous avons déjà dit un mot ; mais nous y reviendrons après avoir étudié les hernies compliquées d'ectopie testiculaire.

*b. Hernies congénitales compliquées d'ectopie testiculaire.* — L'existence d'un testicule en ectopie inguinale modifie forcément les conditions de la hernie congénitale.

On peut d'abord observer un testicule retenu à l'anneau avec une cavité vaginale close. L'intestin pénètre alors dans le trajet à la manière des hernies communes. C'est donc une hernie ordinaire coexistant avec une ectopie inguinale.

Dans un second groupe de faits, le testicule est encore retenu en dedans de l'anneau inguinal superficiel ; mais il existe un conduit péritonéo-vaginal descendant plus ou moins bas dans le scrotum : ces faits sont rares. A côté de ces cas, il faut ranger ceux tout à fait insolites où le testicule reste seul dans le trajet inguinal et dans lesquels l'épididyme descend dans les bourses, entraînant avec lui un repli du péritoine.

La variété la plus fréquente des hernies avec ectopie est l'intra-pariétale ou inguino-interstitielle. Alors, le sac herniaire préformé se place dans l'épaisseur de la paroi abdominale dont il a dissocié les plans. Ce sac n'est autre chose que la portion inguinale du conduit péritonéo-vaginal, oblitéré ou du moins très rétréci au niveau de l'orifice cutané. La forme de la hernie est très variable : elle est ordinairement ovale, avec son grand axe parallèle au ligament de Fallope et peut s'étendre

de l'épine iliaque au muscle grand droit. Ce qui contribue encore à fixer cette hernie dans le trajet inguinal, c'est l'étréoussse remarquable de l'orifice superficiel du canal. Aussi, le sac ne peut se développer que dans l'épaisseur de la paroi ; de là, son aspect large, étalé, aplati. De plus, il peut contenir une certaine quantité de liquide, ce qui rend le diagnostic encore plus difficile. Cette hernie est ordinairement très facilement étranglée : l'étranglement n'augmente pas sensiblement son volume. Les agents de l'étranglement sont le testicule et la pression des lames musculo-aponévrotiques des parois abdominales.

Parmi certaines autres dispositions plus ou moins exceptionnelles et trop rares pour créer de véritables variétés, nous devons mentionner cependant la *hernie enkystée de la vaginale*, d'Astley Cooper, à laquelle certains auteurs refusent la qualité de congénitale. Dans ce cas, au lieu de trouver l'intestin dans la vaginale en contact avec le testicule, on observe un second sac renfermé dans la vaginale et enveloppant les intestins. Ce serait en quelque sorte une hernie adossée à une hydrocèle dans la cavité de laquelle elle a pénétré ou fait saillie.

Enfin c'est surtout, nous l'avons dit, à la région inguinale que l'on rencontre les hernies pro-péritonéales, avec ou sans ectopie testiculaire, mais que certains chirurgiens considèrent comme des hernies congénitales parce qu'elles se produisent dans des sacs préformés. Nous ne reviendrons pas ici sur les diverses théories de la formation des sacs pro-péritonéaux qui ont été précédemment étudiées au chapitre des hernies en général. Disons seulement que l'on peut, à la région inguinale, distinguer trois variétés de sacs pro-péritonéaux : iliaque, pelvienne et vésicale.

Dans la variété iliaque, le sac profond est dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque entre le fascia transversalis et le péritoine ; le fond regarde l'épine iliaque : cette poche forme avec la poche inguinale un angle obtus dont le sommet se trouve au niveau du collet.

Dans la variété vésicale, le sac profond se forme vers la vessie. Dans la variété pelvienne, le sac pro-péritonéal se trouve dans le tissu cellulaire du petit bassin vers le trou obturateur. Cette dernière variété est la plus rare, la première la plus fréquente.

*Étiologie.* — Il n'y a rien de particulier dans l'étiologie de la hernie inguinale. Ses causes, son mécanisme, sont en général ceux de toutes les hernies ; une seule particularité mérite d'être signalée, c'est son extrême fréquence dans le sexe masculin. Chez la femme, au contraire, elle ne s'observe pas aussi souvent que la hernie crurale.

La hernie inguinale se rencontre à tous les âges. Cependant elle serait plus fréquente dans l'enfance et dans la jeunesse. On trouve aussi un certain nombre de hernies inguinales se produisant dans la vieillesse. La hernie accidentelle est plus fréquente que la hernie congénitale. Elle est tantôt, et surtout chez les jeunes gens, une hernie de force ; souvent,