

Comme la hernie ombilicale, la hernie inguinale des petits enfants tend à la guérison spontanée ; il n'en est pas moins urgent d'aider au travail naturel par l'emploi d'un bandage construit et appliqué de manière à n'être point constamment souillé par l'urine.

Plus tard, si la hernie persiste, il ne faut pas hésiter à conseiller la cure radicale, car on a de grandes chances d'obtenir une guérison définitive, ce qu'on ne saurait promettre quand il s'agit d'une hernie acquise.

L'*orifice péritonéal* du canal inguinal correspond à la partie moyenne environ de l'arcade crurale ; le centre de cet orifice est situé à 15 millimètres au-dessus de l'arcade ; la figure 219 représente exactement ces rapports, ainsi que la longueur du trajet inguinal.

Cet orifice correspond à la fossette inguinale externe : les viscères qui s'y engagent suivent donc, pour arriver à l'orifice cutané, un trajet oblique en bas et en dedans : d'où le nom de *hernie inguinale oblique externe ou indirecte* donné à cette espèce. La hernie parcourt ainsi, avant d'arriver à son développement complet, un certain nombre d'étapes sur lesquelles je vais revenir à propos du trajet inguinal.

*Trajet inguinal.* — Le trajet du canal inguinal est obliquement dirigé en dedans, en bas et en avant. Il présente une longueur d'environ 3 centimètres. Il est moins large, mais un peu plus long chez la femme que chez l'homme. On lui reconnaît ordinairement quatre parois, qui sont : antérieure, postérieure, inférieure et supérieure. Cette division est bonne, à la condition, toutefois, de faire observer qu'il n'y a pas normalement de véritable canal et que la description donnée par les auteurs s'applique plutôt à l'état pathologique qu'à l'état sain.

On se fera une idée très nette du trajet inguinal sur une coupe verticale antéro-postérieure. Ainsi que le montre la figure 218, l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis s'unissent l'un à l'autre au niveau de l'arcade crurale et constituent une gouttière fibreuse fermée en bas, dans laquelle sont contenus les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse avec les couches celluluses lâches qui les séparent, et le cordon spermatique chez l'homme. Ce sont les parois de cette gouttière qui délimitent celles du canal inguinal, parois qui nous sont déjà connues en détail. En effet, la paroi antérieure est formée par l'aponévrose du grand oblique ; la paroi postérieure par le fascia transversalis, et la paroi inférieure par la réunion de ces deux aponévroses.

Quant à la paroi supérieure, elle n'a pas d'existence propre, car les fibres les plus inférieures des muscles petit oblique et transverse sont éparpillées autour du cordon et descendent au-dessous de lui.

Je ferai également observer que le cordon spermatique n'est pas couché dans la gouttière que forment par leur union l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis ; il ne repose donc pas sur la paroi inférieure du canal, mais en est séparé par une distance qui augmente à mesure qu'on se rapproche de l'orifice supérieur du canal et que l'on peut évaluer à 1 centimètre environ. Il ne faut pas oublier ce détail dans les opérations destinées à ouvrir les abcès de la fosse iliaque ou à découvrir l'artère iliaque externe.

Un rapport très important du canal inguinal est celui qu'il affecte avec l'artère épigastrique. Née de l'iliaque externe, immédiatement au-dessus de