

former en entéro-épiplocèle. Le chirurgien s'efforcera donc de démontrer au malade l'importance qu'il y a pour lui à porter constamment un bandage convenable.

2° *Hernies épiploïques irréductibles.* — Lorsque les hernies épiploïques ne sont pas maintenues, elles ne tardent pas à devenir irréductibles. Tantôt l'irréductibilité est le résultat d'un travail inflammatoire lent et chronique qui conduit à la formation d'adhérences, tantôt au contraire s'établissent une série de symptômes aigus simulant l'étranglement; la hernie est irréductible par inflammation aiguë.

A. *Hernies épiploïques irréductibles par adhérences.* — Ainsi constituée la hernie se montre sous la forme d'une masse molle, pâteuse, qui offre les plus grandes analogies avec les tumeurs graisseuses. La présence de cette production dans une région occupée d'ordinaire par les hernies met le chirurgien sur la voie du diagnostic. Pour s'assurer qu'il s'agit de l'épiploon, il faut alors chercher par la palpation à sentir le pédicule de la tumeur, désigné par VELPEAU sous le nom de corde épiploïque. Les commémoratifs pourront aussi rendre des services; si le malade affirme avoir eu autrefois une tumeur qu'il pouvait à volonté faire rentrer dans l'abdomen, évidemment il s'agit d'une épiplocèle.

Bien que la masse ainsi formée soit absolument indolente, il est prudent de la soutenir par un bandage à pelote concave, sans cela les adhérences pourraient fort bien se rompre quelque jour, accident qui déterminerait la formation d'une entéro-épiplocèle.

B. *Épiplocèle irréductible par inflammation récente.* — On voit dans certaines circonstances, à la suite d'un coup, d'une chute par exemple, un malade atteint d'épiplocèle pris brusquement, du côté de la hernie, de douleurs violentes qu'exagère la moindre pression; bientôt la tumeur devient chaude, dure, tendue, irréductible.

Les symptômes généraux, toutefois, sont moins nets que dans l'étranglement; la constipation et le ballonnement sont assez accentués durant les premiers jours, cependant les gaz arrivent toujours jusqu'à l'anus. Les phénomènes du côté de la partie supérieure du tube digestif se bornent habituellement à des nausées; les vomissements manquent souvent, et, s'ils existent, ne présentent ni la même fréquence, ni la même intensité que dans les cas précédents. L'état général est aussi beaucoup moins alarmant que chez le malade atteint d'étranglement.

Après avoir continué pendant trois ou quatre jours, les accidents locaux diminuent, les douleurs sont moins vives, une ou plusieurs garde-robes se produisent, elles sont suivies d'une période d'accalmie, la hernie se réduit peu à peu et rentre spontanément après dix ou douze jours.

L'inflammation dans les épiplocèles doit être différenciée de l'étranglement. Pour arriver au diagnostic, le chirurgien se basera sur le peu d'intensité des symptômes généraux et surtout sur l'émission des matières et des gaz par l'anus. Quelquefois les renseignements fournis par le malade sont imparfaits, il ne peut dire s'il a rendu des gaz; dans ces circonstances on est autorisé à prescrire un purgatif (0, 20 à 0, 40 de calomel avec autant d'aloès ou de jalap,

GOSSELIN). Si l'on se trouve simplement en présence d'une épiplocèle le malade va à la garde-robe, dans le cas contraire il faut opérer.

L'inflammation de ces hernies ne nécessite pas une intervention active. Les bains prolongés, l'application de vastes cataplasmes, les boissons laxatives suffiront dans la majorité des cas pour assurer la guérison. On trouve éparses dans la science quelques observations de suppuration du sac consécutives à l'inflammation; si cet accident survenait, il faudrait ouvrir, laver et drainer le sac, puis faire un pansement antiseptique.

CHAPITRE IV

DES HERNIES EN PARTICULIER

§ 1^{er}. — Hernies inguinales

- Bibliographie.** — HESSELBACH, *Anat. chir. Abhandlung der Leistenbrüche*, Würzburg, 1806. — LARREY, *Notice sur les hernies congénitales*, in *Journ. complém. des sciences médicales*, 1823, t. XVII, p. 82. — GOYRAND, *De la hernie inguino-interst.*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1836, t. V. — ROUSTAN, *Journ. de chir. de Malgaigne*, 1843. — GERDY, *Cure radicale par invagination*, in *Soc. de chir.*, et *Gaz. des Hôp.*, 1854. — VELPEAU, *Ann. de la chir. française et étrangère*, t. 1^{er}, 1841. — DEMAUX, *eod. loc.*, 1841. — BOUSSION, *Tribut à la chirurgie*, 1861. — CHUOLIN, *Med. Times and Gaz.*, 1861. — TILLAUX, *Gaz. des Hôp.*, 1862. — MOORE, *Med. Times and Gaz.*, 1862. — HILTON, *Guy's Hospit. Reports*, 1865. — BROCA, *Gaz. des Hôp.*, 1867. — SCHMIDT, *Ueber Inguinal Hernien bei Kindern*, Breslau, 1869. — GOYRAND, *Clin. chir.*, 1872. — LEMAISTRE, *Soc. anat.*, 1873. — SARRAZIN, *Nov. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIX, 1874. — KRÖNLEIN, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXV, fasc. 3, 1880, et *Arch. gén. de méd.*, 1882. — RICHET, *Union méd.*, 1882. — KRASKE, *Centralbl. f. Chir.*, 1882. — TRÉLAT, *Gaz. des Hôp.*, 1883.
- Thèses de Paris. — 1812, MARJOLIN (Concours). — 1813, BECKERS, RAVENEAU. — 1830, LAFONT, DELMAS (Agrég.). — 1835, DANCE. — 1842, TENAIN. — 1850, JACOB dit DUMEY. — 1862, BAILLE. — 1865, LUZUN. — 1866, BRILLAND. — 1871, LEROY DES BARRES. — 1874, RIGABERT. — 1876, BOUCHARD, JOLY. — 1877, DREIFUS, DUPUIS. — 1879, CHAMBAT. — 1880, PATIN, WATSON. — 1881, CHEVALIER. — 1883, RAMONÈDE, DURET (Agrég.).
- Cure radicale.* — DILL, *The Lancet*, août 1869. — BUCHANAM, *Brit. Med. Journ.*, mai 1879. — WARREN, *Glasgow Med. Journ.*, 1880. — DELBASTAILLE, Liège, 1880. — BANKS, *Liverpool Med. Journ.*, 1881. — LEOD, *The Indian Med. Gaz.*, 1881. — GOODLEE, *Med. Times and Gaz.*, 1881, t. II. — WARREN, *The Lancet*, août 1881. — LAWRIE, *The Lancet*, 1883.
- Thèses de Paris. — 1862, BAILLE. — 1880, WATSON. — 1883, SEGOND (Agrég.).

Définition. — On comprend sous le nom de hernie inguinale, toutes les variétés de déplacements dans lesquelles les viscères s'échappent de la cavité abdominale en suivant au pli de l'aîne, le trajet dans lequel se trouvent nor-

malement contenus les éléments du cordon chez l'homme, le ligament rond chez la femme; dans la majorité des cas, les viscères sont obligés de se créer un trajet en refoulant le péritoine à travers les éléments cellulaires du cordon; mais quelquefois le canal séreux qui, chez l'enfant, fait communiquer la vaginale avec le péritoine (*canal péritonéo-vaginal de CHASSAIGNAC*) a persisté et les intestins s'y engagent au moindre effort. Les auteurs ont donné le nom de *hernie inguinale commune* aux déplacements du premier type, réservant la dénomination de *hernie inguinale congénitale* aux déplacements de la deuxième variété.

Caractères anatomiques. Variétés. — Lorsqu'on examine la paroi abdominale par sa face postérieure, on aperçoit au-dessous de l'ombilic dans la partie médiane une bandelette rectiligne formée par l'ouraque; sur les parties latérales, se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors, se dessinent deux autres saillies, constituées la première par les vestiges de l'artère ombilicale, la plus externe par l'artère épigastrique. Ces bandelettes circonscrivent deux triangles dont le sommet se trouve situé à l'ombilic, point de jonction de ces divers cordons, et dont la base occupe une ligne horizontale tangente au sommet de la vessie. La base de ces triangles est occupée par des fossettes qui jouent un rôle capital dans le mécanisme de la hernie inguinale. La première fossette en partant de l'ouraque se nomme *fossette inguinale interne* ou vésicopubienne. La deuxième comprise entre les vestiges de l'artère ombilicale en dedans, l'artère épigastrique en dehors, est appelée *fossette inguinale moyenne*. En dehors de l'artère épigastrique, on voit une troisième dépression : *fossette inguinale externe*.

Suivant que l'intestin s'échappe par l'une ou l'autre de ces fossettes, la hernie est dite : *inguinale externe, inguinale moyenne, inguinale interne*. Relativement à ces fossettes, l'orifice externe ou cutané du canal inguinal se trouve situé au sommet d'un triangle dont les deux angles sont occupés par les fossettes inguinales interne et externe. La fossette moyenne, placée à égale distance des précédentes, serait rencontrée exactement en son milieu par la perpendiculaire abaissée du sommet de ce nouveau triangle (orifice externe du canal inguinal) sur sa base. Il est donc évident que l'intestin, pour arriver à l'orifice externe du canal inguinal, devra suivre un trajet oblique lorsqu'il se sera engagé par une des fossettes externe ou interne, au contraire il descendra perpendiculairement s'il s'échappe par la fossette moyenne. Cette disposition a valu aux hernies inguinales externe et interne le nom de *hernies obliques*, tandis que la hernie inguinale moyenne est dite *directe*.

1° HERNIES INGUINALES RÉDUCTIBLES

A. — HERNIE ORDINAIRE COMMUNE, NON CONGÉNITALE

Parmi les variétés précédentes, la plus fréquemment observée est la hernie inguinale cutanée dite oblique externe; pour arriver à son développement le plus complet elle passe par un certain nombre de phases.

1° L'intestin forçant l'orifice péritonéal s'insinue dans les parties les plus profondes du canal inguinal; cette disposition a reçu de MALGAIGNE le nom de *pointe de hernie*.

2° Le déplacement peut parfois être limité au degré précédent, souvent aussi l'intestin s'engage dans le canal entre les parois duquel il reste contenu sans dépasser l'orifice cutané. Cette variété, connue sous le nom de *hernie interstitielle*, nécessite des conditions spéciales; elle est presque toujours en rapport avec un vice de développement; nous y reviendrons en étudiant les hernies congénitales.

3° L'intestin franchit l'orifice externe de l'anneau et paraît au pli de l'aîne (*bubonocèle* des anciens, *hernie inguino-pubienne* de GOSSELIN).

4° Enfin les viscères descendent jusque dans le scrotum : *hernie inguinoscrotales, oschéocèle*.

MALGAIGNE, ayant examiné à l'hospice de Bicêtre sept cent cinquante-cinq (755) vieillards atteints de hernies inguinales, est arrivé aux résultats suivants : cent soixante (160) étaient porteurs de pointes de hernies; trois cent trente et un (331) avaient des hernies interstitielles; cent soixante-dix-huit (178) des bubonocèles; quatre-vingt-six (86) seulement des oschéocèles. Les hernies interstitielles paraissent donc les plus communes; pendant les premiers temps de leur développement les bubonocèles et oschéocèles sont munis de deux collets, l'un à l'orifice interne, le second à l'orifice externe du canal inguinal. Avec le temps l'orifice inférieur se laisse distendre, le trajet diminue, la hernie ne possède plus qu'un seul collet au niveau de son orifice supérieur.

Quel que soit le degré de développement de cette variété de hernie, le collet du sac affecté un rapport constant avec l'artère épigastrique qui est située immédiatement en dedans. Cette disposition doit être présente à l'esprit du chirurgien qui, étant donnée une hernie interstitielle étranglée, débridera *en dehors et en haut*; en dedans le bistouri rencontrerait fatalement l'épigastrique, en bas on serait exposé à couper le cordon spermatique.

Les hernies directe et oblique interne constituent des variétés excessivement rares de la hernie inguinale (variétés par le lieu de l'irruption de DURET).

Le premier de ces genres de déplacement, dans lequel l'intestin s'échappe par la fossette moyenne, a été observé par HESSELBACH (1806), puis étudié par SCARPA et A. COOPER; les viscères traversent perpendiculairement la paroi abdominale et constituent une masse de la grosseur d'une petite pomme; rarement ils pénètrent dans les bourses; ces hernies sont le plus souvent interstitielles.

Les rapports de l'artère épigastrique sont totalement changés; elle se trouve située à la partie externe du collet du sac, en cas d'étranglement il serait donc indiqué de débrider en dedans.

La hernie oblique interne occupe la partie supérieure et externe de la région du mont de Vénus, elle constitue une tumeur aplatie, parce qu'elle est resserrée entre les plans aponévrotiques de l'abdomen; A. COOPER, VELPEAU, plus récemment ENGLISH et LEMAITRE ont relaté des faits de ce genre.

Contenu de la hernie. — Dans la majorité des circonstances, les hernies inguinales ne présentent aucune particularité relativement à leur contenu; on

y rencontre habituellement de l'intestin et de l'épiploon, parfois l'un ou l'autre de ces viscères seulement. La situation déclive des bourses, la laxité des tissus chez certains sujets nous expliquent le volume énorme qu'atteignent parfois les oschéocèles, volume tel, qu'elles semblent transformées en un véritable diverticule de la cavité abdominale. Enfin il existe dans la science quelques observations de hernies inguinales dans lesquelles on a trouvé le colon, la vessie ou l'ovaire.

Variétés rares de la hernie inguinale commune relativement au contenu.

— a. *Hernies du cæcum et du colon.* Cette variété peu fréquente a été bien étudiée par SCARPA. Cet auteur a montré que le cæcum descendait dans le canal inguinal suivant deux modes de locomotion bien distincts. Tantôt il glisse sous le péritoine et entraîne avec lui la séreuse qui forme alors une sorte de sac à la partie supérieure de la hernie, tantôt au contraire le péritoine est d'abord refoulé et constitue ensuite une véritable cavité enveloppant le cæcum.

SCARPA admet trois degrés dans ces hernies. La hernie du premier degré renferme uniquement l'extrémité libre et arrondie du cul-de-sac cæcal avec son appendice vermiforme, le mésocolon n'a pas pénétré dans le canal. Au deuxième

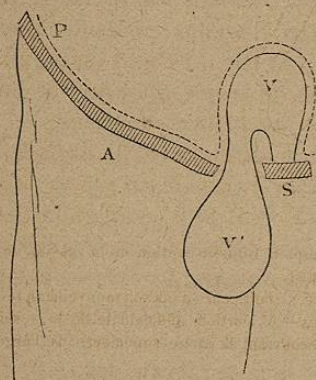


Fig. 25. — Cystocèle inguinale simple (sans sac séreux). Schéma emprunté à la thèse de DURET.
A, arcade crurale, — S, symphyse, — V, portion abdominale de la vessie, — V', portion herniée à travers le canal inguinal, — P, péritoine recouvrant la partie supérieure de l'organe.

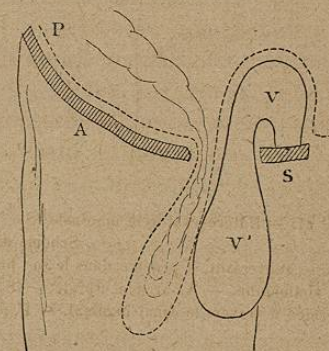


Fig. 26. — Entéro-cystocèle inguinale (sac séreux incomplet, adossement de la vessie). Schéma d'après DURET.
A, arcade crurale, — S, symphyse, — V, portion abdominale de la vessie, — V', portion herniée à travers le canal inguinal, — P, péritoine recouvrant sa face externe.

degré la tumeur contient non seulement l'appendice cæcal, mais la partie voisine du colon. Le mésocolon, qui a suivi les organes, rend la réduction difficile; lorsque la hernie arrive au troisième degré on trouve dans la tumeur les organes précédents avec une quantité plus ou moins considérable d'intestin grêle toujours facilement réductible.

b. *Hernies de la vessie. Cystocèle inguinale.* — La cystocèle est primitive ou secondaire; primitive, elle reconnaît pour origine un effort brusque ou une

série d'efforts; cette hernie ne saurait se produire chez un individu sain, il faut que par un travail pathologique antérieur la vessie ait été distendue et soit remontée au-dessus du pubis, aussi cette variété n'a guère été observée que chez les vieillards.

Pendant les premiers temps de son apparition, la tumeur est constituée par un prolapsus de la paroi antérieure de la vessie, elle est dépourvue de péritoine (fig. 25), cette membrane restant accollée à la partie supérieure; mais si la difformité s'accroît, le péritoine descend à son tour formant un sac séreux qui recouvre le côté externe du viscère hernié et dans lequel ne tarde pas à descendre l'intestin (fig. 26).

La cystocèle est dite *secondaire* lorsque le déplacement du viscère se pro-

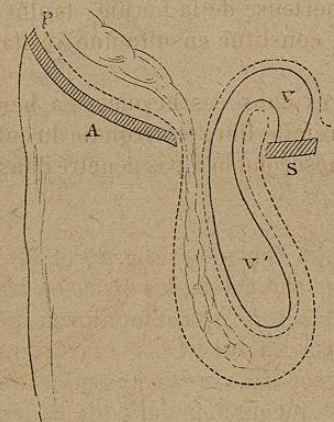


Fig. 27. — Entéro-cystocèle inguinale (Sac séreux complet. Intussusception de la vessie). Schéma d'après DURET.

La vessie, en se renversant, a pénétré dans le sac herniaire préexistant, mais dans son mouvement le péritoine ne l'a pas abandonné. — A, arcade crurale, — S, symphyse, — V, portion abdominale de la vessie, — V', portion herniée à travers le canal inguinal, — P, péritoine recouvrant la partie supérieure de l'organe.

duit chez un sujet qui portait déjà une hernie inguinale, la vessie descend dans le sac par *glissement* ou par *bascule*. Dans la hernie par glissement le péritoine tendu par la masse intestinale herniée aplatit le côté correspondant de la vessie contre l'anneau et force le viscère à s'y engager. La disposition des parties est celle représentée (fig. 26); toutefois le déplacement s'est produit par un mécanisme inverse. Dans la cystocèle par bascule, la vessie est complètement enveloppée par le péritoine. Deux observations rapportées récemment par G. MARCHANT et LEROUX ont éclairci la pathogénie de cette variété qui avait été niée antérieurement. Voici comment les choses se passent: un sujet porte une hernie inguino-scrotale volumineuse, puis la vessie se renverse, bascule dans cette cavité. Dans ce mouvement de translation, le sommet de la vessie pénètre le premier, entraînant avec lui le péritoine, de telle sorte qu'il existe une véritable invagination (fig. 27).

c. *Hernies de l'ovaire. Ovarioncies.* — L'ovaire descend rarement dans les hernies, ПУЕЧ cependant, dans un récent travail (*Arch. de gynéc., 1879*),

a pu réunir cent dix (110) cas d'ovarioncies; le plus souvent ces hernies sont congénitales.

B. — HERNIES CONGÉNITALES VAGINALES

Les déplacements de cette catégorie résultent de la descente de l'intestin dans le canal péritonéo-vaginal, ce conduit peut persister dans la totalité ou

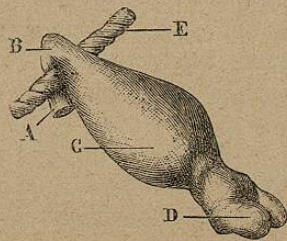


Fig. 28. — Canal de Nuck trouvé sur une femme de soixante-cinq ans (d'après la thèse de RAMONÈDE). Cette figure comparée aux deux suivantes permet d'apprécier l'analogie de ce diverticule séreux avec ce qui s'observe chez l'homme. — E, artère épigastrique, — A, première dilatation, — B, coude au niveau de l'artère épigastrique, — C, dilatation contenue dans le canal inguinal, — D, extrémité bilobée du canal effleurant l'anneau du grand oblique.

sur une partie de son trajet seulement (fig. 29 et 30). RAMONÈDE, qui a étudié avec le plus grand soin ces anomalies, les divise en trois degrés :

1° Il existe un cul-de-sac séreux infundibuliforme plus ou moins développé, mais dont le fond ne dépasse en aucun cas le fascia transversalis fibreux.

2° Le diverticule pénétrant dans le canal inguinal le parcourt dans toute sa longueur, parvient même quelquefois dans les bourses, mais se termine en impasse et la cavité ne communique pas avec la vaginale. RAMONÈDE propose de désigner cette anomalie sous le nom de *péritonéo-funiculaire* (fig. 29).

3° La communication est complète (fig. 30).

Si l'intestin s'engage dans un diverticule situé en arrière du fascia transversalis (1^{er} type), on ne saurait en conclure qu'il y a hernie, le viscère en réalité est encore dans l'abdomen; au contraire, à chacune des autres anomalies correspond une variété bien distincte de hernie : anomalie péritonéo-funiculaire, hernie vaginale funiculaire; anomalie vaginale, hernie vaginale testiculaire.

Le sac de la hernie complète ou péritonéo-vaginale présente trois dilatations et trois rétrécissements (fig. 30); ces derniers jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'étranglement. Ils sont situés : 1° à l'embouchure même du canal inguinal; 2° au niveau de l'orifice interne du trajet inguinal dans le plan du fascia transversalis fibreux; 3° à l'anneau du grand oblique. On rencontre encore dans l'intérieur de ce trajet des brides saillantes qui constituent des collets accidentels et peuvent devenir autant d'agents d'étranglement.

Sur quatorze (14) cas de ce genre, RAMONÈDE a trouvé onze (11) entéroécèles et trois entéro-épiplocèles seulement. Généralement il existe une seule anse intestinale dans la tumeur; TILLAUX l'a vue atteindre 0^m,38. En raison de leur contenu, ces hernies devraient être sonores sur toute leur étendue, parfois ce-

pendant les parties les plus déclives sont mates, cette matité est due à une accumulation de sérosité (hydro-entéroécèle congénitale).

Le cordon spermatique, lorsqu'il n'existe pas d'anomalie testiculaire, oc-

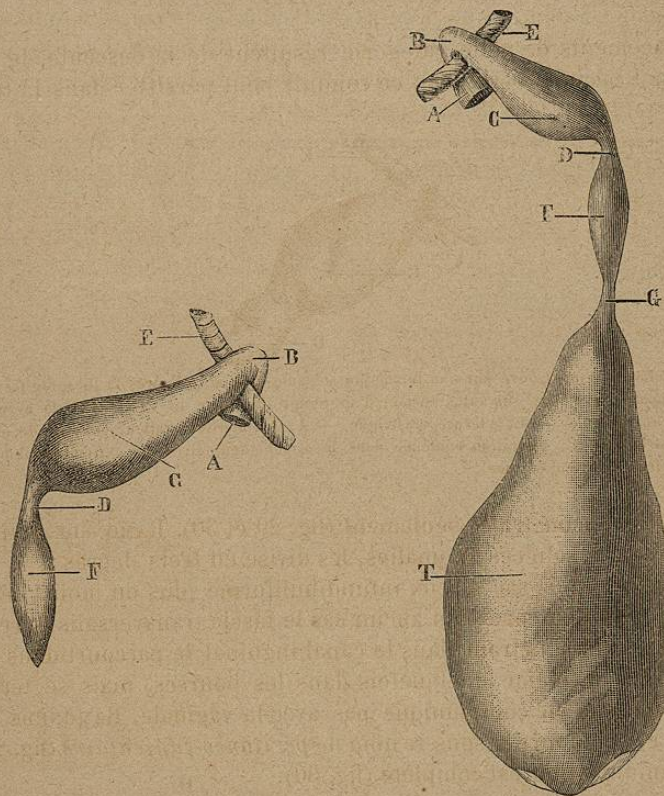


Fig. 29. — Anomalie péritonéo-funiculaire. Fig. 30. — Anomalie péritonéo-vaginale. Moules obtenus par l'injection d'un liquide solidifiable entre les deux canaux péritonéaux vaginaux d'un sujet âgé de vingt-huit ans (Thèse de RAMONÈDE).

A, Première dilatation du canal péritonéo-vaginal, — E, artère épigastrique, — B, premier coude du canal, — C, deuxième dilatation située dans le canal inguinal, — D, deuxième rétrécissement au niveau de l'anneau du grand oblique, — F, troisième dilatation située dans le scrotum, elle est séparée de la tunique vaginale T, par un dernier rétrécissement, G.

cupe la partie postérieure du conduit et se trouve placé en arrière des viscères herniés.

Les rapports du testicule diffèrent suivant la variété du déplacement. Dans la hernie vaginale funiculaire, le sac arrive à peine au contact de la partie supérieure de la glande dont il est fréquemment séparé par une étendue variable. Lorsque la hernie est vaginale testiculaire, la glande *séminifère* se trouve à la partie postérieure et interne du sac en contact avec les intestins qui la recouvrent en avant et sur les côtés. Quelquefois le testicule a subi une atrophie légère; la plupart des auteurs rapportent cet état pathologique à la compression que subit l'organe mâle; ainsi que le fait observer DUPLAY, il

semble plus conforme aux données de la pathologie d'attribuer cette atrophie à un arrêt de développement, hypothèse que rend fort vraisemblable la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Tels sont les prototypes de ces hernies inguinales congénitales. Il nous reste à étudier, comme nous l'avons fait pour la hernie commune, les variétés rares des hernies inguinales congénitales. La plupart de ces hernies sont sous la dépendance d'une anomalie congénitale du testicule. Nous examinerons rapidement les principales formes.

Variétés rares de la hernie inguinale congénitale. — a. *Hernies inguinales pro-péritonéales.* On désigne sous ce nom « une variété de hernies inguinales

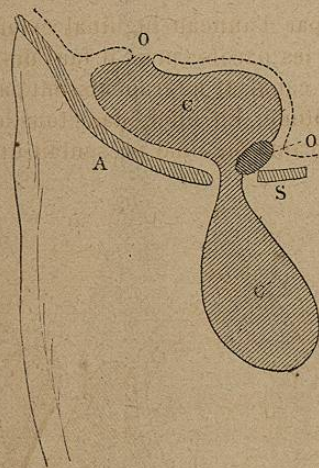


Fig. 31. — Hernie pro-péritonéale (Schéma) (Variété à sacs superposés).
A, arcade crurale, — S, symphyse des pubis. On voit le péritoine qui forme deux sacs l'un intra-péritonéal C, l'autre vaginal C'. Ils communiquent par un canal que rétrécit encore le testicule resté en O à l'anneau. A la partie supérieure du premier sac C, un autre orifice O qui s'ouvre dans la cavité péritonéale.

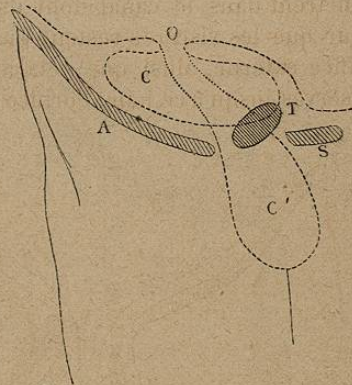


Fig. 32. — Hernie pro-péritonéale latérale. Schéma.
A, arcade crurale, — S, symphyse, — O, orifice commun au sac intra-abdominal C, et inguinal C', — T, testicule à l'anneau.

qui se développe dans le tissu cellulaire sous péritonéal au voisinage de l'orifice inguinal profond. Le sac qui la constitue présente ordinairement un prolongement ou diverticulum dans le canal inguinal » (DURET). Signalée par PARISE (*Soc. de chir.*, 1855), ces hernies ont été l'objet d'un travail fort remarquable dû à KRONLEIN (de Berlin). D'après la définition précédente, le sac de ces hernies présente deux cavités ou diverticules, l'un intra-abdominal qui se trouve généralement situé dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, l'autre inguinal ou scrotal, suivant son développement. Tantôt le sac inguinal communique avec le sac intra-pariétal par un collet en forme de goulot, la hernie appartient alors à la variété à sac superposé, hernie en sablier (fig. 31); tantôt au contraire il existe un orifice unique et l'ouverture dans la cavité abdominale est commune pour les deux sacs (hernie en bissac, hernie propéritonéale latérale (fig. 32). La portion abdominale du sac n'occupe pas toujours la fosse iliaque ;

dans quelques circonstances elle se développe du côté de la vessie (hernie propéritonéale vésicale) ou dans le tissu cellulaire du petit bassin (*variété pelvienne*). Dans presque toutes les observations de ce genre qui ont été rapportées, le testicule dont la migration avait été entravée était resté dans le canal inguinal (*ectopie inguinale*), tantôt vers l'orifice externe, plus souvent dans la portion intermédiaire accolée à la paroi postérieure du canal.

b. *Hernie inguino-interstitielle.* — Cette forme insolite de la hernie inguinale a été étudiée vers 1830 par GOYRAND et DANCE, puis dans ces derniers temps par DUPUY qui a exposé dans sa thèse (Paris, 1877) les idées de TILLAUX.

Les viscères s'échappent habituellement par l'anneau inguinal externe et pénètrent dans le canal dont ils dissocient les parois; mais il faut un motif pour que les viscères restent inclus dans le canal et ne franchissent pas son orifice externe, ainsi que cela arrive d'habitude. En effet, dans tous les cas observés jusqu'à ce jour, l'orifice externe du canal inguinal présentait un dia-

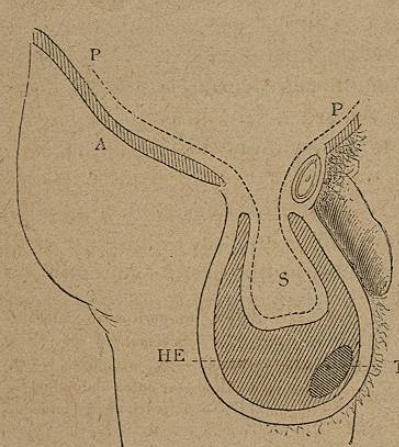


Fig. 33. — Hernie enkystée de la vaginale (Schéma).
A, coupe de l'arcade crurale, — HE, hydrocèle enkystée, — T, testicule, — PP, péritoine descendant dans le canal inguinal et allant former le sac S qui refoule l'hydrocèle en s'en coiffant.

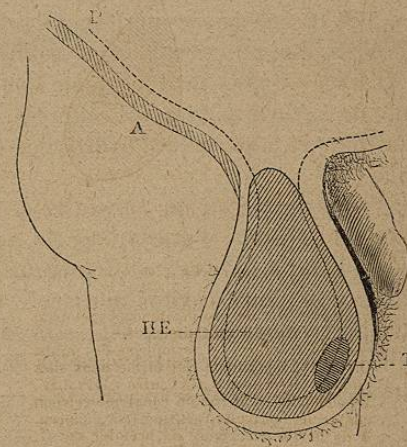


Fig. 34. — Adossement d'un sac herniaire et d'une hydrocèle enkystée (Schéma).
A, arcade crurale, — HE, hydrocèle enkystée, — T, testicule, — P, le péritoine formant en arrière de l'hydrocèle un énorme sac.

mètre très faible. En raison de cette étroitesse, le testicule n'avait pu faire sa migration normale, on l'a toujours retrouvé à l'intérieur du sac, au niveau de l'anneau dont il contribuait par sa présence à diminuer le calibre; aussi la plupart des auteurs s'accordent-ils à placer ces tumeurs parmi les hernies congénitales.

Telles sont les deux principales variétés de hernies produites par la situation anormale du testicule; il en existe bien d'autres, puisque RIZZOLI (*Schmidt's Jahrbücher*, 1863) a pu en créer jusqu'à dix-huit; nous ne saurions