

décrite par nous-même, nous a permis de réduire assez facilement une hernie du cæcum qui eût été irréductible à la simple pression.

#### IV. — TUMEURS HERNIAIRES.

Ce titre doit être compris avec une signification beaucoup plus clinique qu'anatomique; en effet, plusieurs des lésions que nous aurons à décrire ne sont pas des néoplasmes au sens vrai du mot; on a même fait jusqu'ici rentrer dans ce chapitre la tuberculose, à laquelle nous avons réservé une place à part.

Lejars (1), qui a fait une bonne étude d'ensemble de ces tumeurs, les a divisées en trois groupes, suivant qu'elles ont pour siège le contenu du sac, le sac lui-même ou les tissus voisins.

1° **Tumeurs intrasacculaires.** — *a.* INTESTIN. — Les tumeurs malignes peuvent sans doute se développer dans l'intestin hernié comme dans le reste du tube digestif. Cependant, on n'en connaît que des observations peu nombreuses, et l'on trouve cités partout les faits de Arnaud, Teissier, Chauffard. Le Fort a rapporté le cas d'un fibro-sarcome de l'intestin grêle, et Raoult celui d'une carcinose généralisée à l'intestin et à l'épiploon, étendue à l'intérieur d'une hernie.

On a trouvé aussi des tumeurs bénignes; tel est le polype intestinal rapporté par Sonnenburg. Tels sont aussi les kystes développés aux dépens d'un diverticule intestinal (Wölfler), de l'appendice vermiforme (Bennett). Nové-Josserand rapporte un cas où l'appendice présentait une tumeur du volume d'une grosse noix, que l'examen histologique a montré constituée par un lipome sous-muqueux (2).

*b.* L'ÉPIPLOON est plus souvent que le tube digestif le siège des néoplasmes herniaires. Codet, Cannuet l'ont vu envahir secondairement par le cancer; dans un cas de Le Dentu, la néoplasie était primitive.

On décrit, à côté de ces faits, l'hypertrophie lipomateuse diffuse de l'épiploon hernié, hypertrophie qui peut atteindre aussi les appendices graisseux du gros intestin et devenir une cause d'irréductibilité (3); mais il est difficile de considérer cette lésion comme rentrant dans le groupe des tumeurs. Cependant, on connaît quelques cas de lipome faisant une tumeur distincte; tel est celui présenté par Delagenière (4).

Il en est de même des tumeurs liquides. En dehors de quelques exemples de kystes hydatiques (Elliot Smith, Kolowki), on a décrit comme kystes des lésions que l'on s'accorde à considérer comme

(1) LEJARS, Néoplasmes herniaires et périherniaires (*Gaz. des hôp.*, 1889).

(2) NOVÉ-JOSSERAND, *Lyon méd.*, 1891.

(3) HARTMANN, *France médicale*, 1888.

(4) DELAGENIÈRE, *Soc. anat.*, 1888.

étant le résultat de la péritonite herniaire qui a uni les replis de l'épiploon et formé aussi des cavités pleines de liquide (1).

*c.* **Autres organes.** — On a cité quelques cas de tumeurs du mésentère, adénopathie (Arnaud), kyste (Morton) (2).

Enfin, des organes accidentellement contenus dans le sac peuvent y devenir le siège de néoplasmes. On connaît la dégénérescence assez fréquente du testicule en ectopie; l'ovaire a été trouvé quelquefois kystique (5 cas de Englisch); on a même rencontré dans des hernies l'utérus gravide ou cancéreux (Schmidt, 1884).

2° **Tumeurs sacculaires.** — On ne connaît qu'une observation de néoplasie maligne développée primitivement dans le sac: elle est due à Samuel Lewis. Par contre, les altérations secondaires du sac sont l'accompagnement habituel des tumeurs intrasacculaires.

Mentionnons aussi, à titre de curiosité, le développement possible d'une grossesse extra-utérine, dont un exemple a été rapporté par Léger de Gossey.

Enfin, on peut encore citer à cette place les kystes sacculaires, dont M. Duplay a bien étudié la constitution et le mode de production (3). Ils résultent de l'accumulation d'un liquide séreux dans un sac déshabité et n'ayant plus de communication avec la cavité péritonéale. Tantôt cette petite tumeur existe seule; tantôt, une nouvelle hernie s'étant produite en arrière, le kyste sacculaire s'étale au-devant d'elle comme une bourse séreuse.

3° **Tumeurs extrasacculaires.** — Bien que ne faisant pas partie de la hernie à proprement parler, elles s'y rattachent cependant par leur origine et par les rapports qu'elles affectent avec le sac.

Ce sont d'abord des collections séreuses dont la plupart sont des kystes sacculaires, ou bien, à la région inguinale, des accumulations de liquide dans les restes du conduit péritonéo-vaginal, ou bien encore de simples hygromas dus à la pression du bandage. Leur paroi est plus ou moins infiltrée de graisse, leur contenu un liquide séreux, parfois accidentellement hématisé ou purulent.

Ce sont ensuite les lipomes herniaires, constitués par une masse, ordinairement petite, de graisse, à l'intérieur de laquelle on trouve un rudiment de sac. Il semble prouvé que ces tumeurs peuvent bien, comme le pensaient A. Paré, résulter de la transformation en tissu adipeux de la paroi d'un sac déshabité, mais telle n'est pas leur cause la plus habituelle. Les constatations faites au cours des opérations de cure radicale, et en particulier les recherches de M. Terrier, ont montré que ces lipomes, loin de succéder aux hernies, se trouvent au contraire souvent à leur origine: c'est la graisse dont ils sont

(1) KIRMISSON, *Soc. anat.*, 1874.

(2) CH. MORTON, *The Lancet*, 1896, vol. II.

(3) DUPLAY, thèse de Paris, 1865.

formés qui écarte les faisceaux fibreux, attire au dehors le péritoine, et constitue ainsi une des causes de la production de la hernie. Récemment, M. Lucas Championnière a de nouveau insisté sur ce rôle pathogène de la graisse sous-péritonéale et du lipome herniaire.

Il est impossible de tracer un tableau clinique tant soit peu exact de tumeurs aussi disparates, dont la plupart sont des tumeurs intéressantes seulement par leur rareté. Nous dirons seulement que les tumeurs extrasacculaires se présentent sous la forme de tumeurs nettement délimitables, paraissant surajoutées à la hernie dont elles altèrent la forme, et demeurant au dehors après la réduction. La fluctuation, la transparence caractérisent les kystes, mais, d'une manière générale, le diagnostic est surtout intéressant à faire avec les autres tumeurs qui peuvent siéger dans une région donnée : il ne saurait donc pas être abordé ici.

Les tumeurs intrasacculaires sont habituellement une cause d'irréductibilité partielle, soit par leur volume, soit par les adhérences dont elles s'entourent.

Elles sont parfois perceptibles à la palpation, mais il est facile de les confondre avec les noyaux durs et irréguliers de l'épiploon enflammé.

Parfois elles s'accompagnent de phénomènes douloureux, ou d'accidents d'étranglement interne : tel est surtout le cas du cancer, qui peut se présenter ainsi sous une forme ressemblant à la tuberculeuse herniaire. Mais il n'est guère possible d'esquisser un diagnostic différentiel entre ces deux affections, l'une et l'autre rares et encore incomplètement étudiées.

Aussi le diagnostic sera-t-il fait le plus souvent au cours d'une intervention rendue nécessaire par ces divers accidents. Les tumeurs bénignes seront enlevées et l'on fera après la cure radicale ; quant aux tumeurs malignes, on peut concevoir des cas où il serait possible de tenter une opération curative en réséquant l'intestin et le sac ; mais comme, le plus souvent, il y a des lésions de même genre dans la cavité abdominale, il faudra se résigner à l'impuissance et s'abstenir de toute intervention.

**Hernies irréductibles.** — TUFFIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 5 nov. 1886. — BOIFFIN, Hernies adhérentes au sac, thèse de Paris, 1887. — GROSS, RÖHMER et VAUTRIN, *Nouv. élém. de pathol. et de clin. chir.*, t. II, Paris, 1893, p. 702. — H. HARTMANN, Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies (*France méd.*, mars 1897).

**Tumeurs herniaires.** — BENNETT, *Dublin. med. Journ.*, oct. 1866. — ENGLISH, Ueber Ovarial hernien (*Stricker's med. Jahrbücher*, 1871, Bd III, p. 335). — SONNENBURG, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XII, p. 309. — WÖLFLE, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XXI, 1877, p. 432. — CHAUFFARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882. — RAOULT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 304.

## III

## HERNIES COMMUNES

## HERNIE INGUINALE.

La hernie inguinale est celle qui est formée par l'issue des viscères abdominaux hors de leur cavité naturelle, à travers le canal inguinal(1).

*Considérations anatomiques.* — Le canal inguinal est creusé dans l'épaisseur des parois abdominales (fig. 62 et 63) un peu au-dessus de l'arcade crurale ; c'est un interstice des plans de cette paroi qui livre passage aux éléments du cordon chez l'homme, au ligament rond chez la femme. Plus long chez celle-ci, plus large chez le premier, il a la même constitution chez l'un et l'autre sexe. Il préexiste à la descente de la glande génitale qui, d'abord située dans la cavité abdominale, vers la région lombaire, émigre et descend vers le sixième mois, pour sortir par le canal inguinal, normalement chez l'homme, anormalement chez la femme. Elle est précédée dans cette voie par un prolongement qui, dans le sexe masculin, porte le nom de *gubernaculum testis*. Oblique de haut en bas, d'arrière en avant, de dehors en dedans, ce canal a deux parois qu'écarte le passage du cordon. La paroi *antérieure* est constituée par les fibres tendineuses du grand oblique. En avant d'elle, dans l'épaisseur du *fascia superficialis* qui double la peau, circule une branche de l'artère sous-tégumentaire abdominale, dont la direction est parallèle à peu près à

(1) LEROY DES BARRES, De la hernie inguinale vaginale, thèse de Paris, 1871. — DREYFUS (Gaston), De la hernie inguinale interstitielle dans ses rapports avec l'ectopie du testicule, thèse de Paris, 1877. — FÉRÉ (Ch.), Étude sur les orifices herniaires et sur les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (*Revue de méd. et de chir.*, 1879, t. III, p. 479, 551 et 643). — RAMONÈDE, Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, thèse de Paris, 1883. — DURET (H.), Des variétés rares de la hernie inguinale, thèse d'agrégation. Paris, 1883; Des hernies inguinales congénitales (*Journ. des sc. méd.* Lille, juin 1889). — SACHS (Hugo), Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonaei (*Arch. für klin. Chir.* Berlin, Bd XXXV, Heft 2, p. 321). — TUFFIER, Anomalies du canal inguinal et hernies para-inguinales (*Soc. anat.*, 1888, p. 415). — CHAUVÉAU (R.-L.-E.), Des hernies inguinales congénitales, thèse de doctorat. Paris, 20 novembre 1888, n° 29. — BROCA (A.), Les variétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles (*Gaz. hebdomadaire de méd.*, 16 août 1887); *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. INGUINAL. Paris, 1889, 4<sup>e</sup> série. t. XV, p. 784. — SCHWARTZ (Ed.), Cure radicale des hernies (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1889, p. 784). — BRAMANN, Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Störungen des Descensus testicularum (*Arch. für klin. Chir.*, 1890, Bd XL, p. 137). Ind. bibliogr. — TRÉLAT, Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. II, p. 239 et 271. — FELIZET (G.), Les hernies inguinales de l'enfance. Paris, 1894. — BLAISE (Paul), Canal inguinal chez l'adulte, cure radicale de la hernie inguinale, thèse de doctorat. Paris, 1894.