

Du gubernaculum en haut, ce processus va en bas jusqu'au tissu muqueux des bourses en traversant tout le canal inguinal. Ce processus va se creuser à ses deux extrémités, en haut, pour former une fossette, commencement du canal vagino-péritonéal, en bas, pour constituer la future cavité vaginale. Le gubernaculum est adhérent à la fossette supérieure et descend avec elle, en attirant en même temps son repli péritonéal, le mésorchagogos ; le processus vaginal se creuse toujours, sa cavité arrive jusqu'au tissu muqueux des bourses ou des grandes lèvres, les phénomènes de descente du gubernaculum et du péritoine continuent.

Ces phénomènes sont communs aux deux sexes.

Le canal vagino-péritonéal est donc préformé par rapport à la migration de la glande génitale. Aussi, peut-on comprendre que, chez l'homme, il puisse exister des hernies quand le testicule est en ectopie abdominale. Ajoutons que l'orifice inguinal externe est, lui aussi, préformé.

Mais, vers la fin de la vie intra-utérine, au commencement de la naissance, le canal vagino-péritonéal s'oblitére. Le mécanisme de cette oblitération n'est pas bien clair ; il serait plus pratique de savoir par où elle commence. Hunter le fait commencer en haut, Jarjavay, au milieu, Feré, en bas. En tout cas, elle est loin d'être toujours complète à la naissance. Camper a trouvé 45 p. 100 de persistance double et 31,5 p. 100 de persistance simple, le côté droit l'emportant sur le côté gauche. Feré, sur 72 enfants, ne trouve l'oblitération que 34 fois. La perméabilité est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Mais, à mesure que l'on examine des sujets plus âgés, le pourcentage de la perméabilité diminue (Ramonède).

Supposons que le canal vagino-péritonéal persiste ; comment est-il constitué ?

Examiné par la paroi abdominale, sur sa face profonde, il commence par un pli transversal du péritoine, au niveau de l'orifice inguinal interne. Ce pli a la forme d'un croissant de 5 à 15 millimètres de long, à concavité tournée en haut. Il transforme l'ouverture du canal en une fente linéaire, dont les lèvres peuvent s'écarter. Pour introduire par cet orifice un instrument dans le canal qui lui fait suite, il faut lui imprimer une direction oblique en dehors et en haut, puis on le redresse suivant le trajet du canal inguinal, en bas et en dedans. Si l'on veut se rendre compte des inégalités de ce canal, il faut faire des injections dans sa lumière, avec une matière solidifiable, à la façon de Ramonède. On y observe alors des dilatations et des rétrécissements. La première dilatation est située au-dessus du repli falciforme, elle donne naissance aux hernies propéritonéales. Une deuxième est dans le trajet du canal inguinal ; parallèle à celui-ci, elle peut être ovoïde ou cylindrique. Une troisième, enfin, est

dans la traversée des bourses ; elle va rejoindre la vaginale. Deux rétrécissements sont interposés à ces dilatations ; ils sont placés en face des orifices inguinaux externe et interne, mais ils n'ont aucun rapport de cause à effet avec eux. Ils ressemblent à des diaphragmes et semblent résulter de l'adossement de la séreuse à elle-même, et de la soudure des deux feuillettes accolés. Ces resserrements peuvent prendre la forme de valvules, et celles-ci peuvent se montrer sur tous les points du canal.

Souvent le canal vagino-péritonéal ne persiste qu'en partie ; voici, alors, les variétés de hernies que l'on peut constater.

Si la cavité vaginale seule est séparée du reste du canal, on a la variété *funiculaire*. Si l'oblitération est remontée jusque vers l'orifice inguinal externe, ne laissant persister que la portion intra-inguinale du canal, la hernie *interstilielle* pourra se produire. Enfin, s'il ne reste que la fossette qui surmonte le pli rétro-inguinal, une hernie *propéritonéale* pourra se produire à sa faveur.

Mais quand le canal vagino-péritonéal n'est oblitéré nulle part, et qu'il communique avec la tunique vaginale du testicule en bas des bourses, la hernie qui se produit dans sa lumière s'appelle la *hernie péritonéo-vaginale*.

Mais il faut savoir aussi que le canal vagino-péritonéal peut s'oblitérer en haut du côté de l'orifice inguinal interne ou externe, et persister plus bas, dans toute sa longueur, ou seulement dans sa portion funiculaire, ou bien encore dans sa traversée inguinale. Ces portions persistantes formeront des kystes par sécrétion de leur paroi, l'intestin viendra ou non à leur contact ; ce sont autant de variétés de kystes congénitaux qui seront créées, et qui auront la même origine que les hernies inguinales congénitales avec lesquelles d'ailleurs ils peuvent coïncider.

Variétés. — A. Hernie vagino-péritonéale complète. — Elle est dite encore testiculaire, parce que le contenu de la hernie arrive jusque dans la vaginale au contact du testicule. Le sac de cette hernie n'est autre que le canal vagino-péritonéal lui-même, dont la forme et la surface interne nous sont connues avec les points rétrécis et dilatés. Habituellement le cordon est en arrière de lui, sauf en cas d'inversion testiculaire ; il est rare que les éléments du cordon soient étalés autour de lui. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que cette hernie est sous la tunique fibreuse qui descend du canal inguinal. Cette variété appartient enfin à la hernie oblique externe par sa direction.

B. Hernie vagino-péritonéale funiculaire. — C'est la variété précédente dans laquelle un cloisonnement s'est opéré qui limite la cavité vaginale et tient celle-ci séparée du sac herniaire, soit par un

simple diaphragme, soit par un véritable intervalle dans lequel peut cheminer encore le vestige de l'ancien canal, sous forme de cordon oblitéré. Hernie oblique externe, à forme uni ou multilobée, quelquefois en sablier, placée en avant des éléments du cordon qui font une saillie dans sa lumière, mais toujours coiffés par un feuillet séreux dont il est difficile de les séparer : tels sont les caractères de cette hernie.

Mais, à côté de ces variétés communes, il en est d'autres plus rares qui s'accompagnent d'ectopie du testicule. L'ectopie abdominale produit la hernie à « canal ouvert » de Broca, dans laquelle l'intestin descend dans le canal vagino-péritonéal préformé, au fond des bourses; l'épididyme se déroule souvent, dans ces ectopies testiculaires avec hernies, et les liens qui l'unissent au testicule ne sont assurés que par les vaisseaux, un intervalle variable séparant la glande mâle de son canal excréteur. Le testicule peut ainsi être placé vers le pli génito-crural, ou bien au-dessous du ligament de Poupart. D'autres fois, c'est vers le périnée qu'il se dirige, entraînant l'intestin, au point de faire croire à une hernie périnéale, comme dans une observation de Flamagan (1).

Les hernies les plus complexes coïncident avec les variétés d'ectopie inguinale. L'intestin arrive dans le canal, rencontre le testicule ectopié, il le contourne et passe par l'anneau inguinal externe, pour arriver dans les bourses. Un resserrement, au niveau de cet anneau, divise la hernie en deux portions, intra-inguinale voisine de la glande mâle, et intrascrotale. C'est une hernie en bissac ou en tablier, qui est relativement rare.

C. Hernie inguino-interstitielle. — Si le testicule ectopié est adhérent à l'anneau inguinal externe, la hernie se fait dans l'épaisseur de la paroi abdominale et donne une variété que Tillaux a appelée : hernie *inguino-interstitielle*.

D'après Goyrand, dans cette hernie « les viscères sortis de l'abdomen par l'orifice supérieur du canal inguinal, ou par une ouverture anormale du fascia superficialis, au lieu de traverser ce canal et de franchir son orifice externe, se logent dans la cavité qu'ils dilatent et dans l'interstice de la paroi du ventre ».

Dance l'appelle hernie *intrapariétale*; Berger l'a rencontrée 6 fois.

Cette hernie, par définition, ne devient donc jamais scrotale, et le testicule est habituellement placé vers l'anneau externe rétréci ou fermé; il peut se trouver aussi dans le canal ou dans l'épaisseur de la paroi abdominale, mais en tout cas son ectopie, qui est aussi un caractère de cette hernie, va avec l'étroitesse de l'anneau externe.

Par le canal péritonéo-vaginal persistant, l'intestin pénètre dans le canal inguinal. Arrivé à l'orifice externe, il est arrêté; mais

(1) FLAMAGAN, *British med. Journ.*, janvier 1884.

l'effort et la presse abdominale font pénétrer de nouvelles anses : le canal inguinal se dilate en amont de son point rétréci. En bas, en avant et en arrière, les aponévroses de ce canal résistent; mais, en haut, la résistance est insuffisante : et l'intestin va, de ce côté, décoller dans la direction de l'ombilic. La hernie se constitue ainsi, avec une tumeur inguinale, parallèle à l'arcade de Fallope, ovulaire et sonore, située en arrière de l'aponévrose du grand oblique, le fond dirigé vers l'anneau externe. Les hernies de moyen volume ont, d'après Duret, la forme d'un champignon dont la tête est en haut et en avant, le pied vers l'orifice inguinal interne.

Ainsi nous venons de passer en revue cette théorie qui veut que l'orifice inguinal externe se rétrécisse et s'oblitére. Mais, cependant, celui-ci est préformé à la descente du testicule, comme l'est aussi le canal vagino-péritonéal qui prend la place du processus vaginalis. Il manque donc à cette théorie une explication qui permette de comprendre à la fois la suppression du canal vagino-péritonéal dans sa partie inférieure et la fermeture simultanée de l'anneau inguinal externe.

La première observation qui ait été relatée est celle de Tillaux (1). c'était une hernie étranglée, qui s'est terminée par la mort malgré l'opération; l'orifice inguinal externe ne laissait passer qu'un filet nerveux.

Brun (2) a publié un cas de hernie étranglée interstitielle derrière le testicule arrêté à l'anneau, Berger a aussi opéré sans succès une de ces hernies, et Paul a observé une hernie interstitielle étranglée, développée dans l'épaisseur de la paroi parce qu'une première kélotomie avait fermé l'anneau inguinal externe, qui n'avait pu être franchi.

D. Hernie préinguinale. Hernie inguino-superficielle. — Le Fort a signalé, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, 1889, une variété de hernie que Küster (3) appelle *inguino-superficielle*.

C'est une hernie qui, après être sortie par l'orifice externe du canal, s'est recourbée en dehors et en haut et s'est placée dans le tissu sous-cutané. Le Fort explique de la façon suivante son mécanisme : le port d'un bandage a rempli la partie supérieure du scrotum d'un tissu cellulaire condensé : quand l'intestin est sorti par l'anneau dilaté, il a trouvé de ce côté une barrière infranchissable, et, comme il ne pouvait se diriger du côté des bourses, il est remonté vers le tissu cellulaire de l'aîne, où le testicule l'avait peut-être déjà précédé.

Les caractères de cette hernie sont les suivants : présence à l'aîne

(1) TILLAUX, *Bull. de therap.*, 1871.

(2) BRUN, *Gazette des hôp.*, 1877.

(3) KÜSTER, *XV^e Congrès des chirurg. allemands*, 1889.

d'une tumeur molle, fluctuante, sonore; présence du testicule sous la peau. Après la réduction de la hernie, anneau normal et même dilaté. On le voit, on ne la confondra pas avec la hernie interstitielle, qui s'accompagne d'étranglement de l'anneau, et offre au devant d'elle un plan fibreux qui modifie sa consistance.

E. *Hernie avec inversion testiculaire.* — Le testicule et le cordon, au lieu d'être placés en arrière de la hernie, le sont en avant.

F. *Hernie avec migration incomplète du testicule.* — Le testicule étant vers la racine des bourses, on voit souvent coïncider une hernie qui descend en avant et au-dessus de lui; l'anneau externe est alors élargi, le testicule rentre et sort; c'est la hernie des nouveau-nés et des enfants. C'est dans ces cas que l'on peut observer surtout les anomalies des liens qui réunissent le testicule et l'épididyme, et la séparation de ces deux organes.

G. *Hernie inguino-propéritonéale.* — Cette hernie est composée de deux sacs; l'un, sac inguinal, fait saillie au dehors et peut pénétrer dans les bourses; l'autre, sac propéritonéal, est en avant du péritoine, entre lui et le fascia transversalis.

Cette dénomination est due à Krönlein (1), qui l'a substituée à celle de hernie intra-iliaque proposée par Parise (Lille), et de hernie intra-pariétale due à Birkett.

Le sac inguinal peut simuler une hernie ordinaire, au point que, lorsque cette hernie s'étrangle, on ne pense pas du tout au sac profond. Une seule fois, en effet, sur vingt-trois rapportées par Krönlein, le diagnostic fut fait pendant la vie.

Le sac sous-péritonéal peut se diriger vers la vessie, le trou obturateur ou l'épine iliaque antéro-supérieure; de là trois variétés: vésicale, pelvienne, iliaque de cette hernie. Habituellement les deux sacs font entre eux un certain angle; le plus volumineux des deux est toujours le sac profond, qui peut acquérir le volume d'une tête; c'est d'ailleurs dans celui-ci que se fait l'étranglement de la hernie, et c'est jusqu'à lui qu'il faut remonter dans la kélotomie.

Quinze fois sur vingt, la hernie a été manifestement congénitale et due à la persistance du canal vagino-péritonéal.

Le testicule est habituellement en ectopie dans le canal inguinal, mais de ce que le testicule est à sa bonne place, cela ne veut pas dire, comme le pense Krönlein, que l'on ne soit pas en présence d'une hernie congénitale.

Différentes théories ont été proposées pour expliquer cette hernie :

(1) Krönlein Arch. für klin. Chir., 1880.

a. *Théorie du refoulement progressif et de la réduction partielle.* — C'est la théorie de Streubel, adoptée par Krönlein. Le sac propéritonéal se développe après le sac inguinal; celui-ci forme le premier par la dilatation d'une des parois de son collet. Ce collet rentre dans la cavité abdominale, puis, alors, une de ses parois se dilate. Ce sont les efforts du taxis qui contribueraient le plus à refouler ce collet; de même agiraient le bandage et l'ectopie testiculaire elle-même. Cependant toutes ces causes se voient plutôt dans la production de la hernie inguino-interstitielle. Et nous ne croyons pas à l'analogie de cette hernie avec une réduction en masse.

b. *Théorie de la formation d'un sac secondaire.* — Tessier trouve dans une autopsie de hernie une poche intra-abdominale habitée par des anses intestinales; ces anses descendaient aussi dans une poche située dans le canal: il pense que la hernie avait été réduite en masse par le taxis et que le sac s'était laissé distendre pour former une nouvelle poche; mais il ne s'agit ici que d'une constatation et non d'une explication.

c. *Théorie de la traction intra-abdominale.* — Quelquefois, dans une hernie, on trouve plusieurs collets superposés: le collet a dû glisser par en bas. Supposons qu'il remonte et suive un trajet inverse dans l'abdomen; la hernie prend la forme d'un sablier. Cette traction du sac et l'attraction de son collet en haut a été attribuée à des adhérences épiploïques ou à la corde mésentérique, mais, d'habitude, pour qu'il y ait hernie, il faut que le mésentère soit relâché et son insertion abaissée.

d. *Théorie des diverticules.* — Des diverticules péritonéaux tapissent la face profonde de la paroi abdominale, au voisinage des fossettes inguinales, et aussi près de la vessie. Rokitansky et Linhart les ont rencontrés chez des gens âgés, vides et affaiblis, du volume d'un haricot ou d'une noix, ou bien de la grosseur d'une pomme et alors habités par des anses intestinales. Quelquefois une boulette grasseuse semble les attirer dans des points faibles de la paroi, ou bien ils profitent du passage de vaisseaux et de nerfs. On comprend, par leur présence, la formation de hernies profondes ou internes qui restent ignorées. Linhart pense que ces poches sous-péritonéales peuvent former un prolongement dans le canal inguinal, et cela peut se produire si la poche interne est placée au voisinage du canal inguinal. Souvent, en effet, en dilatant l'une des poches, on fait diminuer l'autre et réciproquement.

e. *Théorie d'un vice de conformation congénitale du canal vagino-péritonéal.* — Cependant la véritable théorie qui est le plus en faveur est celle du vice de conformation du canal vagino-péritonéal, qu'il y ait ou non une ectopie du testicule. D'après Ramonède, le renflement intra-inguinal de la hernie est dû à la dilatation interstitielle du canal, et le renflement propéritonéal au développement parfois con-

sidérable de l'infundibulum, qui va de la valvule initiale jusqu'à l'orifice inguinal interne.

Symptômes. — Streubel espérait que, après l'étude consciencieuse qu'il avait faite de la question, cette hernie serait mieux connue et pourrait être diagnostiquée sur le vivant. Une seule fois Krönlein a pu faire ce diagnostic. Toutes les autres fois, la hernie fut opérée pour des accidents d'étranglement, et reconnue seulement à l'autopsie. Dans le cas de Krönlein, la tumeur propéritonéale était sensible à travers la paroi et faisait une saillie, grosse comme le poing, limitée, molle et élastique. Elle était réductible, et, en enfonçant le doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, on sentait l'orifice abdominal de la hernie large comme une pièce de deux francs. Cette hernie contient, outre l'épiploon et l'intestin, du liquide, surtout quand elle est étranglée. Quand on opère une de ces hernies, on réduit, et cela sans trop de peine, l'anse intestinale dans le diverticule propéritonéal, grâce à la largeur de l'orifice interne qui, en outre, peut être d'une mollesse spéciale (1). Il faut traiter ces hernies, quand elles doivent être opérées, par la longue incision de la hernio-laparotomie, et ne pas s'exposer à rester au-dessous de la cause de l'étranglement et à refouler simplement des anses dans la poche sous-péritonéale : celle-ci doit être aussi ouverte largement. Neuber a rapporté un cas de ce genre (traduit dans les *Archives générales de médecine*, avril 1881), et Krönlein a eu lui aussi un succès (2).

Sous le nom de hernie *transpariëto-péritonéale*, Pollosson et Villard ont décrit une hernie primitivement intra-abdominale, qui, chez une femme, a donné naissance à un prolongement transpariëtal, indépendant du prolongement et du canal inguinal. Il peut donc exister des hernies propéritonéales acquises et indépendantes du conduit vagino-péritonéal.

H. Hernie enkystée de la vaginale. — Astley Cooper appelle ainsi une hernie qu'il croit coïncider avec une hydrocèle de la tunique vaginale. Bourguet d'Aix l'appelle hernie à double sac ; pour lui, la paroi de la vaginale se confond avec le sac, et, pour arriver à l'intestin il faut ouvrir la vaginale et le sac, composé lui-même du diverticule péritonéal et de la paroi invaginée de la vaginale tous deux unis.

C'est Méry et Petit qui, en 1701, ont examiné la première hernie à double sac ; Hey, en 1803, vit chez un enfant une hernie dans la vaginale même.

Lecat, en 1766, observe chez un vieillard une hernie étranglée avec une anse intestinale « insinuée dans le sac d'une hydrocèle, qui était formée par la tunique vaginale du testicule ». Dupuytren parle de

(1) MARTEL, *Arch. gén. de chir.*, 1892.

(2) KRÖNLEIN, *Arch. gén. de méd.*, août 1881.

cette hernie : il l'a rencontrée deux fois, et il croit que l'hydrocèle est en avant, et la hernie en arrière, Astley Cooper décrit avec détails et cherche à expliquer ces hernies. Citons l'important mémoire de Bourguet (d'Aix) paru en 1865. Monod et Terrillon, Berger, Montaz ont eu à s'en occuper. Nous-même, qui l'avons rencontrée deux fois, avons essayé d'en fournir l'explication.

Anatomie pathologique. — Beaucoup d'auteurs pensent que, pour que cette hernie se produise, il faut qu'il existe une hydrocèle ; ce liquide, clair et séreux, est quelquefois sanguinolent, quelquefois fétide ; il semble qu'il soit indispensable. Or, nous ne saurions trop nous élever contre cette opinion de la nécessité de l'hydrocèle ; d'ailleurs, dans un cas de Forster, rapporté par Astley Cooper, il n'y avait pas de liquide, et nous-même ne l'avons pas trouvé.

Voici comment se comporte le sac herniaire. Quand on a incisé le premier sac, qui est la cavité vaginale dilatée, on trouve « une tumeur qui, le plus souvent, est comme appendue à l'anneau inguinal et ressemble à un gros pis de vache » (Bourguet). Ce sac est donc ainsi intravaginal ; il est quelquefois mince et transparent. Mais, souvent, il est épais, lisse et parcouru par des vaisseaux. L'intestin ou l'épiploon est fixé et adhérent en haut vers l'orifice inguinal externe. Ce sac peut d'ailleurs être vide, ou ne contenir que de la sérosité (1). On a pu voir l'intestin venir au contact du testicule, et l'orifice par où s'engageait cet intestin dans la tunique vaginale a paru varier de siège et de forme, étant situé plus ou moins en arrière (Dupuytren, Berger), étant plus ou moins irrégulier d'aspect et comme déchiré.

Les principales observations ont été recueillies par A. Cooper (2), Bourguet, Berger, Montaz.

Ces observations sont loin de se ressembler toutes, et d'être justiciables d'une description anatomique invariable. On peut les ranger toutes sous deux chefs principaux, suivant qu'il existe une hydrocèle en même temps qu'une hernie, ou qu'il n'y a pas d'hydrocèle. Nous croyons d'ailleurs que ces deux groupes sont justiciables de la même explication que nous avons proposée (3) et que nous développerons après l'examen des théories classiques.

Théorie de l'invagination de la tunique vaginale. — Astley Cooper en est l'auteur. Pour lui, le canal péritonéo-vaginal n'a pas subi de régression ; il est perméable, sauf au point qui correspond à l'orifice inguinal externe ; la portion supérieure libre reçoit l'intestin. Celui-ci repousse la membrane qui ferme le canal et pénètre dans la vaginale

(1) FÉLIZET, *Hernies aqueuses (Soc. de chir., 1892)*. — PHOCAS, *Gazette des hôp.*, 1893.

(2) A. COOPER, *Ouvrages chirurgicales*, traduction de Chassaignac et Richelot. — BOURGUET, BERGER, in thèse de Duret. — MONTAZ, in thèse de Clarac, Lyon, 1895.

(3) JABOULAY, *La hernie à double sac*, *Lyon médical*, sept. 1896.

en s'en coiffant. C'est donc une hernie congénitale. Gosselin accepte cette théorie. Elle peut servir à l'explication des observations de Polaillon et de Phocas, qui ont vu des hernies enkystées sans pénétration dans la vaginale, mais pénétrant dans une hydrocèle du cordon.

Théorie de l'invagination d'un sac péritonéal. — C'est Bourguet (d'Aix) qui l'a émise; Monod et Terrillon l'ont reprise. Un sac herniaire est formé par la locomotion du péritoine; il s'avance dans le canal inguinal, mais, devant lui, est le canal vagino-péritonéal oblitéré seulement en haut; le sac le refoule et s'en coiffe comme d'un doigt de gant. D'où un double sac séreux; le péritoine forme le plus interne; la vaginale, qui va de l'orifice supérieur du canal au testicule, et refoulée en bas par l'intestin, constitue l'autre. Cette théorie n'exige plus la présence d'une hydrocèle au devant de la hernie. Monod et Terrillon pensent que la hernie peut être une hernie acquise au lieu d'être congénitale. Cette hernie refoule une hydrocèle, la vaginale se rompt, puis le sac, et l'intestin, profitant de la déchirure, passe dans la vaginale au contact du testicule. Il faut faire rompre bien des choses qui ne se rompent pas souvent, pour amener l'intestin à cette place anormale.

Théorie de l'adossement d'un sac herniaire et d'une hydrocèle enkystée. — Dupuytren, ayant constaté que des sacs herniaires étaient adossés à une hydrocèle, explique ces cas de la façon suivante. D'abord, une vaste hydrocèle congénitale occupe toute l'étendue du canal vagino-péritonéal, oblitéré seulement en haut. Une hernie commune se forme, et, pour s'engager dans le canal inguinal, passe à la partie postérieure de l'hydrocèle congénitale: or « deux tumeurs adossées offrent des puissances et des résistances fort inégales; si quelque cause, quelque effort obligent l'une ou l'autre à s'étendre, elle peut pénétrer jusque dans la cavité de l'autre. Or, dans ces cas, la plus grande force se trouve presque toujours du côté de la hernie, qui se prolonge et s'enfonce en quelque sorte dans la cavité de l'hydrocèle, où elle forme une tumeur plus ou moins considérable ».

Ces théories se ressemblent quant au fond; elles ne diffèrent que dans les questions de savoir si la hernie est congénitale ou acquise, si l'hydrocèle concomitante est, elle aussi, congénitale ou acquise. L'enchaînement de ces deux termes (hernie, hydrocèle) seul varie dans chacune de ces deux séries.

Cette hernie enkystée s'est montrée à nous à deux reprises et sous la même forme. Un premier sac contenant le testicule en bas et en arrière, et un testicule atrophié, adhère à l'orifice externe du canal inguinal. Là, il se continue avec le deuxième sac, qui rentre dans lui en le remplissant en totalité. Dans la cavité du premier sac, il n'y a, en effet, pas de liquide. Le deuxième sac est ouvert; mais, pour arriver dans sa cavité, il faut couper deux feuillets emboîtés et

séparés l'un de l'autre par du tissu cellulaire; après quoi du liquide s'écoule, analogue à celui de toutes les hernies, et, au sommet de ce deuxième sac, apparaît, fixée au collet, une épiplocèle déjà ancienne, qui s'est enflammée à différentes reprises et qui y adhère en effet. L'épiploon, une fois détaché, peut être refoulé dans la cavité péritonéale.

Nos deux malades avaient à peu près le même âge, une trentaine d'années; leur hernie remontait à l'enfance et était conformée sur le même type: c'est-à-dire un premier sac vide, un deuxième, celui-là formé de deux lames adossées, contenant du liquide et une épiplocèle. Entre le premier sac et le second, pas de liquide, les parois se touchent, et ne sont séparées que par un espace virtuel.

Quelle est la théorie de la formation de cette hernie? Voici la solution qui nous semble être la bonne. La hernie inguinale à double sac, que nous avons rencontrée, n'est pas autre chose qu'une hernie vagino-péritonéale complète, dans laquelle: 1° la poche inguinale est descendue dans la poche scroto-funiculaire, et 2° une épiplocèle ou une entéroçèle s'est faite dans la poche inguinale invaginée.

Soit un canal vagino-péritonéal complet (fig. 66 A): il va du péritoine à la surface du testicule en traversant le canal inguinal; il présente tout d'abord deux rétrécissements principaux, l'un à l'orifice intrapéritonéal, vers l'extrémité supérieure du canal inguinal, l'autre au niveau de la partie inférieure de ce canal. Si bien qu'il va offrir trois portions superposées et continues: une poche extérieure au ventre, ou funiculo-scrotale, une autre placée dans le canal inguinal, enfin une troisième qui rejoint le péritoine pariétal. C'est, si l'on veut, une lorgnette à trois tubes, les tubes étant tirés et unis bout à bout.

Mais faisons rentrer l'un dans l'autre les tubes de cette lorgnette, ou, ce qui est la même chose, les poches du canal vagino-péritonéal, et nous aurons la hernie à double sac (fig. 66 B): la poche inguinale rentre dans la poche inguino-scrotale qu'elle remplit et avec laquelle elle se continue vers l'orifice externe du canal inguinal, et dans la poche inguinale, le péritoine pariétal est descendu de la même façon, et avec lui de l'intestin ou de l'épiploon. Si nous étirons le péritoine et la poche inguinale en haut au-dessus de la poche inguino-scrotale, nous referons le canal vagino-péritonéal complet.

Il y aurait cependant une différence, c'est que la poche inguinale serait fermée en haut du côté du péritoine pariétal qui la continue, au lieu d'être ouverte. Et, de fait, dans nos deux cas, le cloisonnement s'était opéré, le deuxième sac n'était pas percé.

Mais il existe des cas de hernie à double sac qui représentent la disposition initiale du canal vagino-péritonéal. Ce sont ceux dans lesquels le premier sac contient une anse intestinale qui a franchi le deuxième sac par un orifice que l'on croit être accidentel, ou bien

encore du liquide que l'on prend pour une hydrocèle et qui n'est autre que du liquide herniaire (fig. 66 C).

Ainsi la hernie à double sac est, avant tout, une hernie à *triple sac*, le sac interne étant formé de deux feuilletts adossés par leur face externe. Elle résulte de l'invagination l'un dans l'autre des trois

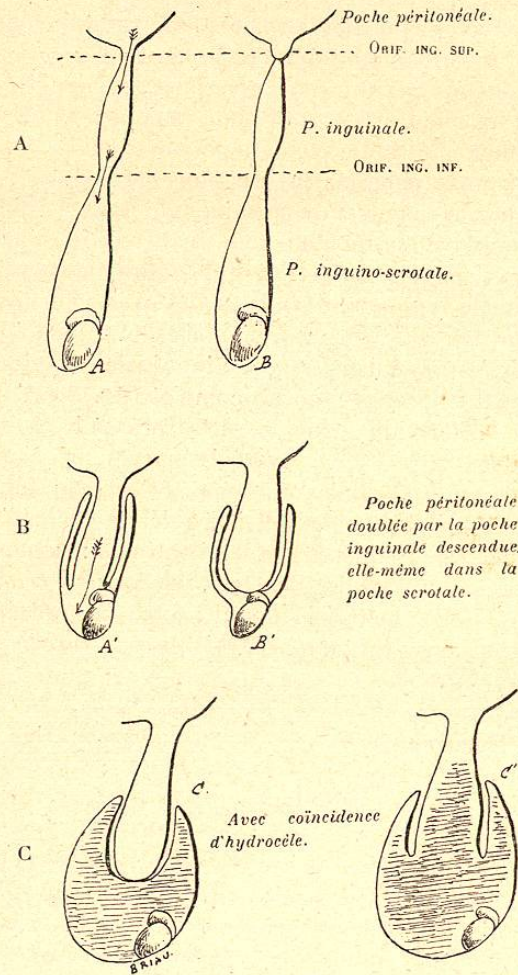


Fig. 66. — Hernie inguinale enkystée de la vaginale.

segments du canal vagino-péritonéal primitif, comme les tubes d'une lorgnette; le premier sac peut ne pas contenir de liquide, et ne contient pas d'intestin ni d'épiploon, si le segment inguinal du canal vagino-péritonéal s'est oblitéré en haut, tout en restant adhérent au péritoine pariétal; ce premier sac est, au contraire, habité si cette oblitération ne s'est pas produite.

Les considérations précédentes s'appliquent aussi aux hernies enkystées de la grande lèvre chez la femme, qui existent et ont été rencontrées par Berger (1) et Reclus.

Variété nouvelle de hernie inguinale congénitale. — Sur un jeune homme de vingt-six ans, qui paraissait porteur d'une hernie inguinale avec ectopie testiculaire, du côté droit, nous avons trouvé, comme l'indique la figure 67 : 1° un canal vagino-péritonéal resserré et fermé vers l'anneau inguinal externe, formant une enveloppe commune au testicule et à la face antérieure du cordon; 2° un sac herniaire, placé derrière le canal, au milieu des éléments du cordon, qu'il fallut dissocier pour arriver jusqu'à lui.

Ce sac fut excisé après ligature à son origine, et le canal vagino-péritonéal retourné pour empêcher l'hydrocèle.

Cette variété nous paraît être intermédiaire à la hernie propéritonéale et à la hernie enkystée de la vaginale. Elle diffère des hernies à double sac représentées plus haut, fig. 66.

D'autres variétés sont enfin fournies par certaines formes que le sac peut encore revêtir : souvent il est bilobé, biloculaire, c'est-à-dire qu'il constitue deux poches. Celle-ci sont tantôt *superposées*, comme le représentent les figures 68 et 72, tantôt *juxtaposées* : les figures 69, 70, 71 et 73 sont des exemples différents de cette dernière catégorie. Il est habituel, comme on peut le voir, que les deux loges communiquent entre elles.

Parties contenues dans la hernie inguinale (2). — C'est habituellement l'intestin grêle et l'épiploon qui se rencontrent dans les variétés nombreuses de la hernie inguinale que nous venons de passer en revue. Cependant d'autres organes y sont observés; par exemple : le gros intestin ou plutôt une de ses parties; la vessie, la prostate; les organes génitaux internes. Quand le contenu est ainsi formé, exceptionnellement il est vrai, la hernie offre quelques caractères spéciaux qu'il importe de connaître. C'est pourquoi nous examinerons isolément chacune de ces variétés distinguées entre elles d'après la nature du contenu.

1° **Hernie du gros intestin; cæcum et appendice.** — Les hernies du cæcum et de son appendice ont donné lieu à une foule de travaux. Autrefois le cæcum était considéré comme libre dans l'abdomen,

(1) BERGER, *Soc. de chir.*, octobre 1892.

(2) BARD, Variétés rares de la hernie inguinale et crurale, thèse de Lyon, 1896.

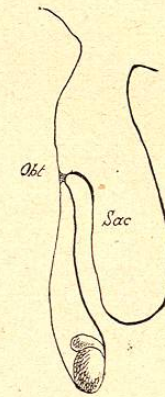


Fig. 67.