

## HERNIES EN PARTICULIER

## CHAPITRE PREMIER

## HERNIES INGUINALES

On appelle *hernies inguinales* les hernies abdominales qui se font à travers le *trajet inguinal*, qu'elles empruntent la totalité ou seulement une partie de ce trajet. La dénomination d'*inguinale* ne s'applique donc pas uniquement au siège de la hernie; elle implique un trajet constant.

La paroi abdominale antérieure, formée d'une série de couches aponévrotiques et musculaires, est traversée à sa partie inférieure et interne, au-dessus de l'arcade crurale ou de Fallope, par un *trajet celluleux* qui donne passage normalement, chez l'homme, au cordon spermatique, chez la femme, au ligament rond.

Chez le fœtus, au moment de la descente du testicule, au milieu de ce trajet fistuleux on rencontre un véritable canal qui fait communiquer la séreuse péritonéale avec la séreuse vaginale; c'est le canal *vagino-péritonéal*; il disparaît à l'état normal dès que le testicule est descendu. Il y a donc une disposition anatomique ordinaire et définitive, et une disposition anatomique congénitale et transitoire. Cette double disposition est l'origine d'une division des plus importantes dans l'histoire des hernies inguinales qui, de la même façon, se distinguent en *hernies ordinaires* et *hernies congénitales*. Nous y reviendrons plus loin.

1° *Trajet ou canal inguinal*. — Sur l'adulte, lorsque la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ont été disséqués, le trajet inguinal, vu par sa face antérieure, est dérobé aux regards par les fibres aponévrotiques nacrées d'insertion du grand oblique. On aperçoit par contre l'*orifice extérieur ou cutané du trajet*, situé au-dessus de la symphyse pubienne. Cet orifice, dû à l'écartement des fibres aponévrotiques, est limité en dedans par un *pilier interne*, en dehors par un *pilier externe* attaché à l'épine du pubis. Les *fibres arciformes* constituent son demi-cintre supérieur, et enfin les fibres

venues du grand oblique du côté opposé limitent et renforcent son côté postérieur et interne : elles constituent le *ligament de Colles*.

Lorsqu'on examine par la cavité péritonéale la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, on voit, assez facilement si la paroi est tendue, que le péritoine est soulevé par cinq cordons qui déterminent six fossettes des plus importantes. Le cordon du milieu est l'*ouraque*; plus en dehors, les *cordons fibreux des artères ombilicales oblitérées*; tout à fait en dehors enfin, les *artères épigastriques* qui répondent à peu près, comme on le sait, à la partie moyenne de l'arcade crurale.

Avec Tillaux, nous appellerons *fossette inguinale interne* ou *sus-pubienne* la dépression péritonéale située entre l'ouraque et le cordon de l'artère ombilicale, *fossette inguinale moyenne* celle qui est placée entre l'artère ombilicale et l'artère épigastrique, enfin *fossette inguinale externe*, la plus importante, celle qui est située en dehors de l'artère épigastrique.

Cette fossette inguinale externe est d'autant plus marquée qu'une arête aponévrotique saillante, constituée par le bord concave du *fascia transversalis* fibreux, vient doubler l'artère épigastrique. — C'est par là que le cordon spermatique s'engage chez l'homme pour traverser le trajet inguinal; il est placé ainsi à cheval sur la concavité en sens inverse que lui offre l'artère épigastrique. — C'est là l'*orifice abdominal intérieur du trajet inguinal*.

Les deux orifices d'entrée et de sortie du trajet étant connus, voici comment est constitué le trajet lui-même : c'est une gouttière à concavité supérieure, qui semble formée en avant par les fibres d'insertion du grand oblique, en arrière par le *fascia transversalis* fibreux. Dans la concavité de cette gouttière, qui mesure environ 6 centimètres de long, repose chez l'homme le cordon spermatique, dont les éléments sont normalement réunis dans une même enveloppe celluleuse. A la partie externe de la gouttière, en dehors du cordon, dans une étendue variable, s'attachent les portions inférieures des deux muscles petit oblique et transverse, assez confondus d'ailleurs; de là leurs fibres remontent un peu en constituant une sorte d'arcade à concavité inférieure sous laquelle passe le cordon, pour venir se terminer vers l'épine pubienne en se rapprochant du pilier interne de l'anneau abdominal extérieur ou cutané.



Nous devons de plus rappeler qu'une partie des enveloppes du testicule (tunique musculaire ou crémaster, tunique cellulaire) semble fixée à l'orifice extérieur du canal inguinal, pour recevoir immédiatement à sa sortie le cordon spermatique et le testicule qui y est appendu.

2° *Canal vagino-péritonéal*. — Chez le fœtus, la disposition est un peu différente; on trouve dans le trajet inguinal un véritable canal vagino-péritonéal, qui fait communiquer la cavité du péritoine avec celle de la tunique vaginale. — Ce conduit s'oblitère graduellement chez la plupart des sujets après la descente du testicule, mais chez un certain nombre d'entre eux (15 pour 100), il persiste plus ou moins complet, et présente alors quelques caractères très bien résumés par Ramonède dans sa thèse inaugurale sur la hernie péritonéo-vaginale étranglée : — tantôt, et c'est le cas le plus fréquent (12 fois sur 100), on observe un petit *infundibulum* ne dépassant guère l'anneau abdominal; tantôt il y a dans le canal inguinal un cul-de-sac sans communication avec la vaginale; tantôt enfin la communication est complète; le trajet séreux commence alors à l'anneau abdominal par un *infundibulum* caché sous un pli péritonéal, *pli rétro-inguinal*, puis il se *coude* en se rétrécissant, se *renfle* à nouveau dans le canal inguinal, se rétrécit à sa sortie, se renfle encore et se rétrécit enfin de nouveau à son union avec la tunique vaginale qui représente sa dernière dilatation. Les rétrécissements sont souvent le siège de *valvules en forme de diaphragme*. — Ces quelques particularités font bien comprendre l'étroitesse et la multiplicité des points rétrécis que doit franchir la *hernie péritonéo-vaginale*, encore appelée *hernie congénitale*.

Les rapports du conduit péritonéo-vaginal avec les éléments du cordon doivent encore nous arrêter un instant : dans sa première partie, avant de pénétrer dans le trajet inguinal, le conduit péritonéo-vaginal recouvre le canal déférent et les vaisseaux spermatiques; dans le trajet, il est au-dessus et en avant des éléments du cordon; au scrotum, il est en avant et un peu en dehors. — En résumé, le canal péritonéo-vaginal, contenu dans l'enveloppe fibreuse du cordon, est placé dans toute son étendue, plus superficiellement que les autres éléments (Ramonède).

On a longtemps cru que la migration du testicule était la cause de ce trajet péritonéal dont la tunique vaginale n'est que la terminaison;

mais Bramann a démontré que la formation du canal vagino-péritonéal est, dans une certaine mesure, indépendante de la migration testiculaire, qu'elle peut la précéder ou exister alors que celle-ci fait défaut ou n'a lieu qu'incomplètement, et qu'elle est surtout en rapport avec la constitution du *gubernaculum testis*. Mais il est néanmoins facile de comprendre combien sont intimes les relations des hernies congénitales avec le testicule.

**Étiologie et mécanisme.** — Les causes des hernies inguinales ne diffèrent pas de celles des hernies en général; leur fréquence relative mérite seule de nous arrêter. Les résultats statistiques sont d'ailleurs assez variables.

La hernie inguinale serait dans le sexe masculin 52 fois plus fréquente que la hernie crurale. Cette dernière est plutôt un peu plus commune dans le sexe féminin. (Statistique des bandagistes de Londres.)

On trouve 10 hernies inguinales chez l'homme pour 1 chez la femme; la proportion est de 8 pour 1, d'après Malgaigne. Vidal de Cassis fait remarquer, d'après de nombreux examens à la Salpêtrière, que les hernies inguinales sont beaucoup plus fréquentes chez les vieilles femmes qu'on ne le prétend en général.

Quoi qu'en aient dit certains auteurs, la hernie *accidentelle* est bien plus fréquente que la *congénitale*; elle se produit tantôt par le mécanisme de la *force*, tantôt et plus souvent peut-être par celui de la *faiblesse*.

Dans la hernie accidentelle, le viscère pousse devant lui le péritoine dans le canal inguinal; il se crée lui-même son trajet et son sac, c'est le cas le plus fréquent. Cette impulsion se fait suivant telle ou telle fossette péritonéale, et il en résulte diverses variétés anatomiques sur lesquelles nous allons revenir.

Lorsqu'au contraire la hernie s'insinue dans un sac *préformé* et que ce sac n'est autre qu'un *vestige* plus ou moins parfait du *canal vagino-péritonéal*, la hernie est dite *vagino-péritonéale* ou *congénitale*. — C'est la forme la moins commune, mais non pas la moins importante des hernies inguinales.

**Division.** — Ce que nous venons de dire des rapports anatomiques et de la fréquence relative des hernies inguinales dans les deux sexes montre suffisamment que le type d'une description d'ensemble doit être pris chez l'homme.



Nous reprendrons pour la hernie inguinale la division adoptée pour les hernies en général, en :

- 1<sup>o</sup> *Hernies inguinales réductibles* ;
- 2<sup>o</sup> *Hernies inguinales irréductibles* ;
- 3<sup>o</sup> *Hernies inguinales étranglées*.

## I

## HERNIES INGUINALES RÉDUCTIBLES

**Anatomie pathologique.** — Anatomiquement, il faut distinguer les hernies inguinales en deux classes : les hernies *accidentelles* ou *acquises* et les hernies *congénitales*.

A. *Hernies inguinales accidentelles.* — Les hernies *accidentelles* ou *acquises*, *hernies à canal fermé* (Malgaigne), offrent trois variétés anatomiques principales :

a. La première des variétés par ordre de fréquence est sans contredit la *hernie oblique externe*, dans laquelle les viscères s'engagent par l'*orifice abdominal* pour suivre dans une étendue plus ou moins considérable le *trajet inguinal*. C'est aussi la variété la plus importante; elle présente plusieurs degrés :

1<sup>o</sup> La hernie peut rester à l'*orifice abdominal* du trajet sans pénétrer davantage : c'est la *pointe de hernie de Malgaigne*, 160 sur 755 hernies (Malgaigne).

2<sup>o</sup> Elle peut s'avancer un peu plus dans le trajet sans dépasser l'*orifice cutané* : c'est la *hernie interstitielle* ou *intra-pariétale*, 351 sur 755.

3<sup>o</sup> Elle peut faire une saillie plus ou moins considérable entre les piliers de l'*orifice extérieur* : c'est la hernie *inguino-pubienne*, *bubonocèle*, 178 sur 755.

4<sup>o</sup> Enfin elle peut descendre plus ou moins dans les bourses : *hernie inguino-scrotale*, *oschéocèle*, 86 sur 755 ; on la dit *funiculaire* si elle reste à la partie supérieure, *testiculaire* lorsqu'elle descend jusqu'au niveau du testicule.

Comme le fait très justement remarquer Duplay, ce ne sont pas là quatre temps obligés de toute hernie oblique externe : ces degrés peuvent être franchis plus ou moins rapidement ; il y a enfin une multitude d'intermédiaires et de variantes qu'on ne saurait indiquer.

— De plus, la hernie ne sort pas toujours du canal par son orifice extérieur ; elle peut, par exemple, traverser presque immédiatement l'aponévrose, et l'*orifice accidentel* est alors très voisin de l'*orifice profond*. Ces orifices siègent ordinairement sur la paroi antérieure du canal ; Velpeau a rapporté un cas tout à fait exceptionnel où l'issue s'était effectuée à travers une éraillure de la paroi postérieure. On désigne ordinairement sous le nom de *hernies par éraillures* ces hernies obliques externes qui s'échappent du canal inguinal par un orifice anormal. On rencontre encore ces orifices accidentels dans d'autres points, et on cite même une variété très rare, dans laquelle, après avoir parcouru tout le trajet inguinal, la hernie est venue sortir à travers une éraillure du pilier interne, *hernie sus-pubienne*.

b. Au lieu de prendre le trajet inguinal à son commencement de façon à le suivre dans toute son étendue, les viscères s'y engagent quelquefois directement par la fossette inguinale moyenne, à travers une éraillure du *fascia transversalis*, *hernie inguinale directe*. Cette variété, très rare, signalée par Hesselbach, surtout étudiée par A. Cooper, est remarquable par sa direction perpendiculaire à la paroi, par sa faible tendance à descendre dans les bourses. La tumeur constituée par cette hernie directe est une tumeur inguino-pubienne qui se dirige plutôt vers la racine de la cuisse.

c. Très rarement enfin, la hernie s'engage par la fossette inguinale interne, ce qui l'oblige à se porter un peu en dehors pour gagner l'*orifice externe* du trajet inguinal : *hernie inguinale oblique interne*. C'est Velpeau qui a le premier bien décrit et dénommé cette variété également peu fréquente des hernies inguinales accidentelles. A. Cooper et Goyrand (d'Aix) l'avaient observée avant lui. Cette hernie est située à sa sortie au-dessus de l'anneau extérieur au bord externe du muscle droit. Cette disposition était très nette dans le cas de Verneuil, Soc. anat., 1875.

Signalons également l'existence des hernies *para-inguinales* (Tuffier), dans lesquelles le trajet parallèle au trajet inguinal en est complètement distinct : l'*orifice profond* et l'anneau superficiel y sont également indépendants des anneaux inguinaux interne et externe.

Ces grande divisions anatomiques nettement tracées, il va nous être facile de décrire les enveloppes et le contenu des hernies inguinales accidentelles, en prenant pour type la plus fréquente et la plus parfaite, la *hernie inguinale oblique externe*.



*Enveloppes.* — Lorsqu'on dissèque une hernie inguinale qui n'est ni trop ancienne ni trop volumineuse, on constate encore assez facilement les principales particularités anatomiques suivantes, fort bien connues depuis les recherches si complètes de Scarpa et les travaux modernes.

Au-dessous de la peau et des couches de tissu cellulaire sous-cutané, plus ou moins amincies et dédoublées suivant l'ancienneté de la hernie, se trouve le *sac herniaire*. En règle générale, il enveloppe complètement les viscères herniés; exceptionnellement il fait défaut plus ou moins complètement dans quelques hernies du *cæcum*, du commencement du côlon ascendant et de la *vessie*.

Autour du sac, et lui adhérant plus ou moins intimement, se voient les divers *éléments du cordon spermatique*, ordinairement groupés en dedans et en arrière, quelquefois dissociés et épars sur les enveloppes (cette exception s'observe surtout dans les vieilles hernies volumineuses).

Lorsque le sac est ainsi complètement isolé sur ses faces, il est facile de constater qu'il sort par l'orifice inguinal extérieur après avoir traversé le trajet inguinal.

Tantôt il n'y a qu'un seul point rétréci, disons le mot, un seul *collet* au niveau de l'*orifice inguinal intérieur* ou *abdominal*; d'autres fois on en trouve un second à l'*orifice cutané*; quelquefois aussi le sac lui-même présente un léger rétrécissement à sa partie moyenne, *hernie en bissac*.

Les rapports anatomiques du vrai collet de la hernie inguinale varient suivant la variété à laquelle on a affaire : la hernie est-elle *oblique externe*, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, l'*artère épigastrique* est en *dedans du pédicule* de la hernie dont elle contourne la partie inférieure et interne, le *cordon spermatique* est *au-dessous et en arrière*.

La hernie est-elle *directe* ou *oblique interne*, l'*artère épigastrique* est en *dehors*.

Suivant quelques auteurs, il serait possible, la hernie réduite, de sentir l'artère avec le doigt introduit en refoulant le scrotum dans le canal inguinal. Cette manœuvre n'a d'ailleurs qu'un intérêt purement anatomique, puisqu'on ne peut la pratiquer, a lorsqu'elle serait utile, dans le cas de hernie étranglée.

Ces dispositions se modifient notablement pour peu que la hernie

soit ancienne : la paroi postérieure du trajet inguinal se laisse refouler en dedans; les deux orifices extérieur et intérieur du trajet inguinal tendent énormément à se rapprocher, à être situés l'un derrière l'autre, en même temps qu'ils prennent des dimensions plus considérables.

Incisons maintenant le sac herniaire. Quelle en est la constitution? quel en est le contenu?

*Constitution du sac.* — Le sac de ces hernies est essentiellement constitué par deux couches, l'une profonde, séreuse, le péritoine, l'autre externe, fibreuse, qu'un tissu cellulaire lâche sépare nettement de la première, et qui dépend du *fascia propria* : elle est formée par la condensation des plans conjonctifs que la hernie a refoulés devant elle et fusionnés intimement entre eux. A la surface du sac, on peut généralement retrouver des faisceaux musculaires dépendant du crémaster.

*Contenu de la hernie.* — Dans la grande majorité des cas, une anse plus ou moins considérable de l'intestin grêle avec une portion variable de l'épiploon lui constituant parfois un véritable *sac épiploïque* (chez les jeunes sujets, l'épiploon manque le plus souvent), quelquefois une anse intestinale seule (*hernie récente*), plus rarement de l'*épiploon seul*.

On a encore trouvé dans des hernies inguinales le *gros intestin*. Ce sont surtout les deux extrémités de l'arc du côlon qui s'engagent dans le trajet inguinal. Nous relevons, dans la thèse déjà citée de Mériogot de Treigny, les chiffres suivants, qui nous semblent très instructifs : *cæcum* et appendice 8 cas, appendice seul 17 cas, S iliaque seul 14 cas. La portion d'intestin contiguë à la portion herniée du gros intestin est souvent entraînée secondairement. Nous trouvons dans la même statistique : 11 fois le *cæcum* et la fin de l'iléon; 8 fois une portion du côlon ascendant venait s'ajouter à ces viscères; 7 fois on a rencontré l'intestin grêle avec l'S iliaque. Notons encore 5 cas de hernies inguinales du côlon ascendant ou descendant et 4 cas de hernies du côlon transverse. On voit donc que d'une manière générale le *cæcum* est la portion du gros intestin que l'on rencontre le plus souvent dans les hernies qui nous occupent. Exceptionnellement on a trouvé le *cæcum* dans des hernies inguinales gauches et l'S iliaque dans des hernies droites.

Contrairement à ce que pensaient les anciens, les hernies du *cæcum*



et peut-être même des côlons ascendants ou descendants sont le plus souvent pourvues d'un *sac herniaire complet*. Les *sacs incomplets* s'observent pourtant dans les hernies du cæcum, quelquefois sous l'aspect de *sac latéral* (5 observations), plus souvent avec un méso variable de hauteur et d'épaisseur. Scarpa ne croyait pas à l'*absence du sac* dans ces hernies; quelques observations incontestables établissent la possibilité de ce fait. On a encore signalé la présence des *ovaires*, de l'*utérus*, des *trompes*, de la *vessie* avec ou sans anse intestinale.

Les hernies de la *vessie* manquent aussi parfois de sac péritonéal ou ne possèdent qu'un sac incomplet; toute la portion herniée du viscère peut en revanche être tapissée par la séreuse.

Est-il besoin d'ajouter que la hernie est *unilatérale* ou *bilatérale* et qu'on peut observer (bien que ce soit là d'ailleurs un fait exceptionnel), d'un seul côté, des sacs multiples sortis par des orifices différents?

B. *Hernies inguinales congénitales*. — Sous la dénomination de *hernie inguinale congénitale*, *hernie à canal ouvert* (Malgaigne), on doit comprendre toute hernie se produisant 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 vagino-péritonéal*.

Sans doute cette hernie se produit habituellement à peu près à l'époque de la naissance; mais ce n'est pas là une condition obligatoire, et il y a, plus rarement à la vérité, des hernies congénitales qui apparaissent chez l'adulte, en vertu de la persistance d'une partie plus ou moins considérable du trajet vagino-péritonéal.

Cette persistance se montre dans deux conditions bien différentes: ou bien le testicule a accompli sa descente ordinaire; la seule anomalie consiste dans la persistance du canal vagino-péritonéal, ou bien le testicule est en ectopie.

a. *Hernies congénitales simples, sans ectopie*. — Les caractères anatomiques suivants sont particuliers au sac de la hernie inguinale congénitale:

1° Présence d'un ou de plusieurs diaphragmes en un point quelconque de la longueur du sac, particulièrement au niveau du collet correspondant à l'orifice abdominal du canal inguinal, toujours le plus étroit;

2° Adhérences intimes du sac péritonéo-vaginal avec les parties voisines (Scarpa), notamment avec les éléments du cordon placés en arrière et un peu en dehors du sac, le canal déférent faisant presque saillie à la face interne de l'enveloppe herniaire péritonéale;

5° Existence fréquente d'un sac propéritonéal, c'est-à-dire d'une sorte de diverticulum qui se détache du sac principal au-devant de l'orifice inguinal profond et qui se trouve logé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il faut décrire plusieurs variétés:

La plus commune peut-être des hernies vagino-péritonéales, quoi qu'en ait dit Ramonède, en tout cas la plus nette, la mieux caractérisée, la plus importante, c'est la *variété péritonéo-vaginale testiculaire*. L'oblitération du canal vagino-péritonéal ne s'est pas faite du tout; l'intestin hernié est dans la tunique vaginale; il est là au contact du testicule, lequel est le plus souvent situé en bas et en arrière, et plus ou moins recouvert par les viscères herniés. Il y a des hernies vagino-péritonéales testiculaires dans lesquelles le testicule est en inversion. — L'hydrocèle concomitante n'est pas rare dans la hernie congénitale.

Dans une seconde variété, l'oblitération du canal n'est qu'incomplète; en bas la tunique vaginale est bien distincte; en haut le trajet péritonéo-vaginal persiste dans une certaine étendue, et forme, notamment en dehors de l'anneau extérieur du canal inguinal, un sac herniaire qui reste souvent rattaché à la vaginale par une bride fibreuse vestige de la portion intermédiaire du trajet péritonéal: c'est la *variété péritonéo-vaginale funiculaire*.

On a vu des cas où une communication étroite infranchissable à l'intestin faisait encore communiquer un sac péritonéo-funiculaire avec une tunique vaginale qui contenait une certaine quantité de liquide.

Parfois encore la séparation du canal et de la cavité vaginale ne consiste qu'en une simple cloison qui peut se rompre et permettre à l'intestin de faire irruption dans la cavité vaginale ou bien se laisser distendre et proéminer alors dans cette cavité (Berger). Ce sont là des espèces de sous-variétés.

Ces deux premières variétés sont de beaucoup les plus fréquentes et constituent les véritables hernies congénitales. Théoriquement et en poursuivant la série anatomique, nous pourrions imaginer une troisième variété de hernie congénitale, incluse dans le trajet ingui-



nal : pointe de hernie congénitale et hernie interstitielle; mais ces dispositions, relativement peu intéressantes dans la hernie acquise, très importantes, au contraire, dans la hernie congénitale, sont liées étroitement à des ectopies testiculaires.

b. *Hernies congénitales compliquées d'ectopie.* — Il n'est pas impossible d'observer, en même temps que l'ectopie testiculaire, un prolongement du canal péritonéo-vaginal, qui descend plus ou moins loin dans les bourses. A la rigueur, on peut donc trouver une hernie congénitale scrotale, en même temps qu'un testicule non descendu; mais ces faits sont très rares et, d'une façon générale, les monorchides ne sont pas des hernieux au sens ordinaire du mot.

Quand le testicule est en ectopie cruro-scrotale ou en ectopie péritonéale, il peut se trouver accompagné d'un conduit vagino-péritonéal et partant de là d'une hernie.

Quand le testicule est dévié en dehors dans le pli de l'aîne, il est situé sous les téguments, plus ou moins en dehors de l'anneau inguinal, en avant de l'arcade de Fallope. S'il est accompagné d'une hernie qui, sortant par l'anneau externe, vient s'étaler sous la peau de l'aîne, en dehors de celui-ci, c'est la variété *pré-inguinale* de Le Fort, *inguino-superficielle* de Küster.

Dans la migration incomplète du testicule, si cet organe s'arrête à la racine des bourses, la hernie descend en général en avant et plus bas que lui; si, au contraire, il est retenu immédiatement au-dessous de l'anneau externe, la hernie reste souvent intra-inguinale. Dans ces conditions la réduction de la hernie est fréquemment compliquée d'une grande difficulté à maintenir au dehors la glande testiculaire. Enfin, lorsque le testicule est retenu dans l'aîne, le cordon ou l'épididyme peuvent descendre avec la hernie jusqu'au fond des bourses.

L'ectopie inguinale s'accompagne souvent d'une variété spéciale de hernie, parfois très volumineuse et qui reste incluse dans l'épaisseur de la paroi abdominale, c'est la *hernie inguino-interstitielle* de Goyrand.

Dans la hernie inguino-interstielle vraie, l'intestin s'est engagé dans un sac préformé constitué par la persistance de la portion intra-inguinale du canal péritonéo-vaginal, lequel semble oblitéré ou du moins rétréci au niveau de l'orifice cutané du trajet inguinal. Grâce

aux travaux de Goyrand (d'Aix) (1854), de Dance, de Velpeau et plus récemment de Tillaux (1871), cette variété est aujourd'hui bien connue.

Tillaux surtout en a bien démontré la nature *congénitale*.

La *hernie inguino-interstitielle* est donc une hernie qui a élu son domicile fixe dans le trajet inguinal; c'est une hernie qui ne peut pas devenir scrotale, par suite de cette condition anatomique indispensable à son existence : *l'absence ou l'étroitesse de l'orifice cutané du canal inguinal*.

L'ectopie testiculaire inguinale est intimement liée à cette disposition anatomique et, par suite, à la hernie inguino-interstitielle.

Cette hernie ne peut se développer que dans l'épaisseur de la paroi abdominale, aussi le sac est-il volumineux, *aplatis, étalé*, faisant un relief variable à la surface de la paroi abdominale.

Dans certains cas le sac se remplit de liquide, et la tumeur fluctuante ainsi formée serait d'un diagnostic difficile pour un observateur non prévenu.

L'étranglement n'augmente pas sensiblement son volume; les agents habituels en sont le testicule et la pression des lames musculo-aponévrotiques des parois abdominales, aussi conçoit-on facilement que le taxis ne réussisse pas dans une hernie de ce genre.

*Hernies propéritonéales.* — Ces hernies, encore plus profondément placées que les précédentes, se font dans un *sac propéritonéal*, c'est-à-dire dans un infundibulum du péritoine qui dès son origine se coude à angle aigu et brusquement pour se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On a souvent attribué ces sacs propéritonéaux à des réductions en masse qui auraient chassé une hernie revêtue de son enveloppe péritonéale hors du trajet inguinal et l'auraient forcée à se loger sous le péritoine. Que cet accident se produise quelquefois, c'est un fait hors de contestation, mais il semble aussi que le plus souvent, comme Krönlein (de Berlin) l'a démontré, les sacs propéritonéaux soient congénitaux. Ces hernies appartiennent presque exclusivement à la région inguinale, mais pas tout à fait, car on connaît jusqu'ici sept faits de hernie crurale propéritonéale (Berger) et un fait unique encore de sac propéritonéal ombilical (Terrier, Soc. de chir., 1881). Dans 15 cas qui, pour Krönlein, étaient sûrement congénitaux, le testicule était incomplètement descendu 9 fois. On conçoit facilement les difficultés que l'on ren-