

de 16 centimètres. La tumeur commençait immédiatement au-dessous du bord inférieur du grand fessier et mesurait 12 centimètres dans son axe vertical. Il y eut, à la suite de l'opération, des phénomènes de névrite et production de maux perforants.

Bardeleben ⁽¹⁾ a présenté, en 1885, à la Société de chirurgie allemande, deux malades opérés pour une dégénérescence sarcomateuse du sciatique et de ses branches. Dans un de ces cas, on put conserver les cordons nerveux réduits à l'état de bandelettes minces; il y eut guérison sans troubles de l'innervation. Dans le second cas, il y avait, avant l'opération, une paralysie des muscles innervés par le sciatique poplité externe; la sensibilité était intacte dans le territoire de ce nerf. L'extirpation ne modifia pas ces symptômes, bien que le sciatique poplité externe eût été réséqué sur une partie de sa longueur.

Zwicke ⁽²⁾ a publié deux cas malheureux dans lesquels la récurrence n'a pas tardé à se manifester. Dans le premier cas, relatif à un homme de trente-deux ans, la tumeur s'étendait du creux poplité au pli fessier gauche. Mais déjà huit semaines après l'opération, il y avait une récurrence sur le trajet du nerf sciatique; la tumeur s'accrut rapidement; on dut renoncer à la désarticulation, et le malade succomba épuisé un an après le début de l'affection. A l'autopsie, sarcome occupant tout le pourtour de la cuisse, depuis le jarret jusqu'au pli fessier; noyaux sarcomateux dans le poumon.

Dans la seconde observation de Zwicke, il s'agissait d'un homme de vingt-quatre ans, qui portait, à la face postérieure de la cuisse gauche, une tumeur du volume d'une tête d'adulte, provenant du nerf sciatique. L'extirpation en fut pratiquée; mais, quatre mois après, il y avait déjà une récurrence, qui nécessita la désarticulation de la cuisse.

Le fait de W. B. Little ⁽³⁾ se rapporte à une femme de vingt-cinq ans, présentant une grosse tumeur sur la face externe de la cuisse gauche; immédiatement au-dessus du creux poplité. Il existait de vives douleurs; la tumeur fut excisée; elle était pédiculée, et son pédicule adhérait au sciatique, qui dut être réséqué dans une étendue de 58 millimètres. Les deux extrémités du nerf furent rapprochées et maintenues en place par trois sutures au catgut. Trois mois après, il y avait une paralysie complète des mouvements et une paralysie partielle de la sensibilité de la jambe gauche. Un mois plus tard, la sensibilité de la jambe et de la partie interne du pied étaient normales; mais la paralysie musculaire persistait.

Il est évident, d'après les exemples que nous venons de citer, que, dans les cas où l'on pourra ménager le nerf, on se contentera de pratiquer l'extirpation de la tumeur; mais si la résection du nerf devient nécessaire, on n'hésitera pas à y recourir, plutôt que de laisser incomplète l'ablation d'une tumeur maligne; les faits démontrent, en effet, que, même après une résection étendue du nerf sciatique, on peut conserver un membre utile.

⁽¹⁾ BARDELEBEN, *Ueber Sarkome des Nervus Ischiadicus und seiner Aeste. Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Chir.* Berlin, 1885.

⁽²⁾ ZWICKE, *Ueber zwei Fälle von Sarkom der grossen Nervenstämme des Oberschenkels. Berl. klin. Woch.*, 30 juin 1884.

⁽³⁾ W.-B. LITTLE, *Boston med. and surg. Journal*, 5 déc. 1885.

5° TUMEURS DE L'AINE

Les néoplasmes qui se développent dans la région inguinale présentent une très grande importance au point de vue du diagnostic et du traitement.

Les lipomes de la région inguinale sont loin d'être fréquents. Ils peuvent se développer dans le tissu sous-cutané ou sous-aponévrotique. Chassaignac, trompé par une fluctuation apparente, pratiqua une incision et reconnut un lipome ⁽¹⁾. Lisfranc ⁽²⁾ aurait rencontré un lipome sous-aponévrotique de la région crurale. Enfin il existe des amas graisseux développés au-devant d'un sac herniaire non habité, et auxquels on donne le nom de lipomes du sac herniaire; il faut toujours avoir présente à l'esprit cette disposition pour ne pas léser l'intestin qui pourrait être caché derrière la tumeur.

Parmi les tumeurs de l'aîne un groupe important est constitué par celles dont le point de départ est dans les ganglions lymphatiques. Il est très exceptionnel de voir les néoplasmes se développer primitivement dans les ganglions lymphatiques de l'aîne; cependant Lebert a rapporté quatre faits de cette nature. Au contraire, les dépôts secondaires de tumeurs malignes dans les ganglions de l'aîne sont extrêmement fréquents, qu'il s'agisse d'épithéliomas primitifs du membre inférieur, de la verge et des organes génitaux externes, ou de la région ano-rectale. Stanley a vu des dépôts ostéoïdes se former dans les ganglions inguinaux, à la suite d'un ostéo-sarcome du fémur. Rien n'est plus fréquent que de trouver des masses mélaniques dans les ganglions de l'aîne, consécutivement à la mélanose du membre inférieur ou des organes génitaux.

La région inguinale est également le siège de tumeurs sarcomateuses, dont les unes ont leur point de départ dans la peau, tandis que les autres se sont développées dans les aponévroses de la région, ou encore dans la gaine des vaisseaux fémoraux. Un élève de Czerny, Regnault ⁽³⁾, a appelé spécialement l'attention sur cette variété de tumeurs.

Il est enfin des tumeurs dont le point de départ est dans le squelette de la hanche et qui viennent faire saillie à la région inguinale. De ce nombre sont les tumeurs sarcomateuses développées, soit dans le bassin, soit dans l'extrémité supérieure du fémur. Les enchondromes du bassin prennent souvent leur origine sur le pubis et sur la branche ischio-pubienne; ils viennent faire saillie dans la région de l'aîne. Dans une observation de Landeta ⁽⁴⁾, la région du pli de l'aîne se trouvait comblée en dedans par une tumeur très volumineuse, se prolongeant dans la région interne de la cuisse en dedans, et dont les limites inférieures correspondaient à l'extrémité interne du triangle de Scarpa. Dolbeau a appelé l'attention sur ce fait que les tumeurs chondromateuses de l'aîne sont habituellement reliées au bassin par un pédicule plus ou moins volumineux.

On peut voir également proéminer à la région inguinale des fibromes, implantés sur le périoste des os du bassin ⁽⁵⁾.

Diagnostic. — Si nous étudions maintenant, au point de vue du diagnostic, les tumeurs de l'aîne, nous verrons que les néoplasmes dont nous venons de

⁽¹⁾ Bull. de la Soc. de chir., 1858-1859, t. IX, p. 529.

⁽²⁾ LISFRANC, *Gazette méd.*, 1856, p. 28.

⁽³⁾ Arch. für klin. Chir., 1888, t. XXXV, Heft 1.

⁽⁴⁾ Bull. de la Soc. anat., 1861, p. 195.

⁽⁵⁾ BODIN, *Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme. Thèse de doct. de Paris*, 1861.

rappeler l'existence doivent être différenciés d'un très grand nombre de productions pathologiques, capables de venir faire saillie dans la région inguinale sous forme de tumeurs.

Envisagées au point de vue clinique, les tumeurs de l'aîne peuvent être divisées en solides, liquides et gazeuses. Elles sont pulsatiles ou non pulsatiles; réductibles ou irréductibles.

a. *Tumeurs gazeuses.* — Ce sont les hernies. Lorsqu'elles sont réductibles, il n'y a aucune difficulté de diagnostic. Même irréductibles, lorsqu'elles présentent une sonorité gazeuse, elles sont facilement reconnaissables. Mais lorsque l'intestin est masqué par une grande quantité de liquide contenu dans le sac, la difficulté peut être extrêmement sérieuse. Il faut alors tenir compte des commémoratifs et de la coexistence des divers symptômes d'étranglement.

b. *Tumeurs liquides.* — Elles peuvent se présenter avec des caractères différents; les unes en effet sont à la fois pulsatiles et réductibles; de ce nombre sont les anévrysmes. La pression exercée sur la tumeur, en même temps qu'elle la fait disparaître, supprime aussi les pulsations. Par là, elles se distinguent des tumeurs qui doivent leurs battements à ce qu'elles sont soulevées par une artère. Pour ces dernières, la compression du vaisseau fait bien disparaître les pulsations, mais la tumeur persiste. Inversement les abcès par congestion sont susceptibles de disparaître par la pression; mais une fois la tumeur réduite, on constate la persistance des battements.

Une autre catégorie de tumeurs est constituée par celles qui sont réductibles, mais qui ne possèdent pas de battements. De ce nombre sont les abcès par congestion, qui, le plus souvent, se font jour dans la gaine du psoas iliaque. Ce sont seulement ceux qui passent par la gaine des vaisseaux fémoraux qui sont susceptibles de soulever l'artère et de présenter des pulsations, comme nous le disions plus haut; il est encore des abcès par congestion qui gagnent la région inguinale, en suivant le trajet des vaisseaux et nerfs obturateurs.

La veine saphène interne, à peu de distance au-dessous de son embouchure dans la veine crurale, peut devenir le point de départ d'une dilatation ampulnaire, constituant une variété de tumeur inguinale, qui peut en imposer pour une hernie crurale. Susceptible d'augmenter de volume dans la station debout, pendant la toux, pendant l'effort, cette tumeur se réduit au contraire lorsqu'on exerce une compression sur la veine, immédiatement au-dessous d'elle. Vient-on à exercer la compression au-dessus de la tumeur, elle augmente au contraire de volume. Aux signes précédents, M. Verneuil⁽¹⁾ ajouta le suivant: « Lorsqu'on place, dit-il, un doigt sur la bosselure de l'aîne et qu'on frappe un coup sec sur les varices de la jambe qui coexistent avec elle, ou *vice versa*, le choc est instantanément transmis d'un point à l'autre, ce qui indique la continuité de la colonne sanguine. »

La veine crurale elle-même, bien que beaucoup plus rarement, peut devenir le point de départ de dilatations analogues, reconnaissables, comme celles de la saphène, aux effets produits par la compression exercée, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la tumeur. Dans l'article que nous venons de citer, M. Verneuil en rapporte deux exemples, empruntés à A. Cooper et à Castella.

Les vaisseaux et ganglions lymphatiques de la région inguinale peuvent également donner naissance à des tumeurs réductibles, désignées sous les

⁽¹⁾ VERNEUIL, art. AÎNE du *Dict. encycl.*, p. 298.

noms de varices lymphatiques et d'adéno-lymphocèles. Bien étudiées par M. Th. Anger⁽¹⁾, dans sa thèse, ces tumeurs ont été l'objet de mémoires intéressants de la part de M. Georgevitch⁽²⁾ et Nepveu⁽³⁾. Depuis quelques années, les exemples de ces tumeurs se sont singulièrement multipliés à Paris. On en trouvera un certain nombre dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*. L'un des plus intéressants est celui qui a été communiqué, en 1884, par M. Bousquet⁽⁴⁾. Il est relatif à un jeune homme de vingt et un ans, qui portait dans l'aîne droite une tumeur variqueuse des ganglions et vaisseaux lymphatiques. La tumeur occupait la totalité du triangle de Scarpa: elle était composée de bosselures volumineuses, faisant un relief comparable à celui d'anses intestinales herniées sous la peau. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce fait, c'est que ce même malade, revu en 1880 par M. Chavasse⁽⁵⁾, a été de nouveau soumis par lui à l'examen de la Société de chirurgie. Or, dans cet intervalle, la tumeur avait subi spontanément une réduction énorme de volume; on n'apercevait plus que trois dilatations variqueuses occupant la partie supérieure du triangle de Scarpa. Jusqu'ici ces tumeurs semblaient devoir être respectées, l'intervention ayant fourni des résultats désastreux; cependant M. Nélaton a communiqué en 1887 à la Société de chirurgie un cas dans lequel il a pu faire heureusement l'extirpation d'un lymphangiome de la cuisse chez une jeune fille. Ce qui aide au diagnostic de semblables tumeurs, c'est la coexistence fréquente de varices lymphatiques intradermiques, qui se révèlent sous la forme de petites vésicules transparentes.

Parmi les tumeurs fluctuantes et réductibles, nous devons citer encore les pseudo-kystes sacculaires qui résultent d'une véritable hydrocèle du sac herniaire. La réductibilité de ces tumeurs est souvent difficile à constater, parce que l'orifice du sac est en partie oblitéré, mais les antécédents du malade révélant l'existence antérieure d'une hernie, les rapports de la tumeur avec l'orifice du canal crural mettront sur la voie du diagnostic. La pression longtemps prolongée, exercée sur la tumeur pendant que le malade est couché, pourra rendre évidente une réductibilité difficile à constater dans la station debout.

Dans un troisième groupe, nous rangerons les tumeurs liquides qui ne sont ni réductibles, ni pulsatiles. De ce nombre sont les abcès froids développés, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les ganglions. La lenteur de la marche, l'état général, les symptômes de lésions osseuses ou articulaires concomitantes, permettront de poser le diagnostic.

Les hygromas compliquant les tumeurs ou les hernies sont l'objet de grandes incertitudes. M. Verneuil cite le cas d'un hygroma développé au-devant d'un ganglion volumineux, et constituant une tumeur nettement fluctuante et transparente. Les hygromas développés dans la bourse séreuse du psoas iliaque sont difficilement reconnaissables à cause de leur profondeur. Chassaignac en rapporte un exemple intéressant: la tumeur, du volume d'un œuf de poule, siégeait au-dessous de l'arcade crurale, à sa partie moyenne; elle ne présentait pas de fluctuation. Une ponction donna issue à un liquide filant, citrin et transparent; une injection iodée procura la guérison.

⁽¹⁾ TH. ANGER, *Des tumeurs érectiles lymphatiques (adéno-lymphocèles)*. Thèse de Paris, 1867.

⁽²⁾ GEORGEVITCH, *Ueber Lymphorrhœ mad Lymphangiome*. *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, 1871, Bd. XII, p. 641.

⁽³⁾ NEPVEU, *Du lymphangiome simple et ganglionnaire*. *Arch. génér. de méd.*, 1872, t. II, p. 215.

⁽⁴⁾ BOUSQUET, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 30 avril 1884.

⁽⁵⁾ CHAVASSE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 fév. 1888.

Les hygromas compliquant les hernies sont à différencier des kystes sacculaires constitués par l'accumulation de liquide dans un sac herniaire oblitéré. Mais, dans ce dernier cas, le kyste constitue toute la tumeur, tandis que, dans les hygromas préherniaires, on constate derrière le kyste tous les signes d'une hernie.

Il est encore des kystes ganglionnaires que le frémissement hydatique permettrait seul de distinguer des kystes hydatiques. Du reste, il s'agit là de tumeurs extrêmement rares.

c. *Tumeurs solides.* — Au premier rang des tumeurs solides, il faut signaler tout d'abord les diverses variétés d'adénopathies, qu'il s'agisse d'adénites simples, consécutives à des inflammations antérieures, d'adénopathies cancéreuses, syphilitiques ou tuberculeuses. Comme nous l'avons déjà dit, les tumeurs malignes primitives des ganglions sont fort rares. Un examen soigneux du membre inférieur, de l'anus et des organes génitaux externes, permettra de rapporter à leur véritable cause les dégénérescences cancéreuses des ganglions de l'aîne. L'état général du sujet, l'examen des viscères et des autres régions ganglionnaires, les caractères propres de la tumeur permettront de reconnaître les diverses variétés d'adénopathies syphilitiques et tuberculeuses, ainsi que le lymphadénome.

Si le lipome offre souvent une consistance fluctuante, le fibrome est dur, le sarcome présente une consistance inégale. Quant à l'enchondrome, il est reconnaissable à la fois à sa forme lobulée, à sa résistance, à la présence de kystes dans son intérieur.

Mais ce qu'il convient de déterminer avant tout, ce sont les connexions du néoplasme avec les organes voisins. Le lipome est le plus souvent sous-cutané, c'est-à-dire mobile à la fois sur la peau et sur les parties profondes; le fibrome a son point de départ dans les tissus aponévrotiques, et, par suite, il adhère avec eux. Quant au sarcome et à l'enchondrome, ils peuvent avoir leur siège primitif dans le squelette de la région. Ils sont alors adhérents dans la profondeur et peuvent se prolonger au loin dans les fosses iliaques externe et interne. Un examen minutieux, consistant à imprimer de légers mouvements alternatifs de flexion et d'extension à l'articulation coxo-fémorale, permettra de déterminer si la tumeur se déplace avec le fémur, ou si elle reste immobile avec l'os iliaque. Cet examen est toujours fort délicat, car une tumeur très faiblement mobile peut paraître fixe, et *vice versa*. On se rappellera que beaucoup de fibromes et de chondromes partent de la branche horizontale du pubis ou ascendante de l'ischion.

Un point qu'il importe tout particulièrement de déterminer, ce sont les relations du néoplasme avec les gros vaisseaux et nerfs de la région. Les nerfs sont moins souvent lésés que les vaisseaux; leur compression se traduit par des douleurs irradiées suivant le trajet des filets nerveux intéressés. La compression de l'artère peut être reconnue par l'affaiblissement ou la cessation des battements au niveau de la poplitée et de la tibiale postérieure. Mais c'est surtout la veine qui, à cause de la minceur de ses parois, est intéressée en pareil cas. La compression se reconnaît à l'œdème du membre et à la dilatation des veines collatérales superficielles. Ce sont surtout les tumeurs malignes qui donnent naissance à cet envahissement des vaisseaux et des nerfs.

Considérations opératoires relatives aux tumeurs de l'aîne. — Si l'on en excepte les kystes, le traitement général applicable aux tumeurs de l'aîne consiste dans

l'extirpation. Pour les kystes, on peut avoir recours à la ponction et à l'injection iodée; encore faut-il avoir soin de rechercher attentivement s'ils ne sont pas en communication avec le péritoine, auquel cas il vaut mieux en faire l'extirpation que de s'exposer à injecter un liquide irritant dans la cavité péritonéale.

Pour les tumeurs solides, le seul traitement qui convienne, c'est l'extirpation. Quand il s'agit de tumeurs superficielles développées dans l'épaisseur de la peau, sans adhérences avec les parties sous-jacentes, ou bien encore de néoplasmes, comme le lipome, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur extirpation ne saurait prêter à aucune difficulté. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de tumeurs ayant des adhérences profondes et surtout de tumeurs en connexion avec la gaine des vaisseaux fémoraux. C'est alors que le chirurgien peut se trouver aux prises avec de sérieuses difficultés. Nous avons fait de cette extirpation des tumeurs de l'aîne l'objet d'un mémoire spécial⁽¹⁾.

Dans les cas où la tumeur adhère à la gaine des vaisseaux, il faut commencer par la disséquer dans tous les autres points, en conservant seulement une sorte de pédicule répondant au point d'adhérence avec la gaine vasculaire. Si même le néoplasme est volumineux, il y aura avantage à le segmenter. Lorsque la gaine des vaisseaux devra être réséquée, on pourra suivre l'exemple donné par Moselig, c'est-à-dire ouvrir méthodiquement la gaine et écarter les vaisseaux dans le but de les ménager. Moselig commença, en effet, par saisir avec des pinces la gaine vasculaire, il y fit avec le bistouri une incision; par laquelle il glissa la sonde cannelée pour la débrider plus largement. L'artère, mise à nu, fut attirée en dehors avec un crochet mousse. On opéra de la même manière sur la veine qui fut attirée en dedans. Pendant que ces deux vaisseaux étaient ainsi écartés l'un de l'autre, on réséqua la cloison fibreuse qui les sépare, puis les vaisseaux déplacés furent remis en place. On peut encore, dans le but de ménager les vaisseaux, porter fréquemment le doigt au fond de la plaie pour reconnaître les battements de l'artère fémorale; on peut aussi, à l'exemple de Denonvilliers, tracer au préalable le trajet des vaisseaux.

Quoi qu'il en soit, deux cas peuvent se présenter au chirurgien: ou bien les adhérences de la tumeur à la gaine vasculaire sont assez lâches pour être disséquées, auquel cas il y a simple dénudation vasculaire, ou bien il est nécessaire d'intéresser la paroi des vaisseaux, et, par suite, d'en pratiquer la ligature.

a. *Dénudation des vaisseaux fémoraux.* — Nous savons depuis longtemps, grâce aux recherches de M. Verneuil et de son élève Delbarre⁽²⁾, que la dénudation des vaisseaux n'offre pas par elle-même de gravité. Si l'état général du malade est bon, si la plaie reste complètement aseptique, la face externe des vaisseaux dénudés se recouvre de bourgeons charnus, et l'on n'a pas à craindre d'hémorragie.

Lorsque la résection et la ligature des vaisseaux fémoraux devient nécessaire, le pronostic prend une gravité beaucoup plus grande. Comme nous l'avons déjà dit, la blessure de la veine est celle qu'on observe le plus souvent; cela tient, d'une part, à la minceur de ses parois, et, d'autre part, à ses connexions intimes avec les tumeurs ganglionnaires qui sont les plus fréquentes. L'opinion qui consiste à conseiller, contre la blessure de la veine fémorale, la ligature de l'artère correspondante, opinion défendue autrefois par Gensoul, puis par Langenbeck,

⁽¹⁾ KIRMISSON, *De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa*. *Revue de chir.*, 1886, p. 561.
⁽²⁾ DELBARRE, Thèse de doct., 1870.

et, dans ces dernières années, par Tillmanns et Kraske, ne saurait plus être admise. Les faits démontrent que la ligature de l'artère n'a pas toujours été suffisante pour arrêter l'hémorragie veineuse; en outre, la ligature de la veine, loin de causer par elle-même la gangrène, est beaucoup plus rarement suivie du sphacèle du membre que la ligature simultanée de la veine et de l'artère. C'est donc à la ligature isolée de la veine qu'il faut avoir recours.

Viennent enfin les cas dans lesquels l'ablation de la tumeur nécessite la résection et la ligature simultanée de l'artère et de la veine. Ces cas sont de beaucoup les plus graves; puis, sur 7 observations de cette nature que nous avons pu réunir dans notre mémoire, nous en avons trouvé 5 qui ont eu une terminaison mortelle. Toutefois, il semble qu'on doive faire une distinction entre les cas dans lesquels la résection et la ligature ont été pratiquées au-dessous de la naissance des vaisseaux fémoraux profonds et ceux où la ligature a porté au-dessus de ces mêmes vaisseaux. A la partie moyenne de la cuisse, la résection simultanée des deux vaisseaux principaux du membre expose moins à la gangrène. Dans le triangle de Scarpa, au contraire, où la résection devra porter le plus souvent au-dessus des vaisseaux fémoraux profonds, cette conduite expose à la gangrène du membre et ne paraît pas devoir être conseillée. Si donc l'examen soigneux du malade faisait conclure à la nécessité de la résection simultanée de l'artère et de la veine à la base du triangle de Scarpa, mieux vaudrait s'abstenir.

Toutefois, il peut se faire que, au moment même de l'opération, on rencontre des lésions que l'examen le plus attentif n'avait pas fait soupçonner; on pourra alors soit laisser l'extirpation incomplète, soit, se fondant sur certains cas heureux dans lesquels la résection simultanée de l'artère et de la veine, même au-dessus des vaisseaux fémoraux profonds, a été suivie de guérison, avoir recours à cette résection. C'est là une question d'indications et de contre-indications dont la solution dépendra de l'âge du malade, de son état général et des conditions dans lesquelles se trouve le système vasculaire.

Quant à la lésion du nerf crural et de ses branches, l'extirpation des tumeurs de l'aîne y expose moins qu'à la lésion des vaisseaux, ces tumeurs étant généralement situées en dedans du nerf.

Nous devons signaler également la possibilité, dans l'extirpation des tumeurs de l'aîne, de la blessure du péritoine. Elle se comprend dans les cas où la tumeur remonte du côté de la fosse iliaque, et a été signalée dans une observation d'Eug. Bœckel. La plaie péritonéale fut suturée avec le catgut et le malade guérit. Ce serait évidemment là la conduite à tenir en pareil cas. Enfin, pendant l'extirpation d'une tumeur épithéliale de l'aîne chez une femme âgée, nous avons rencontré, au-dessous du néoplasme, une hernie crurale que l'examen ne permettait pas de reconnaître avant l'opération. Il est bon d'être prévenu de la possibilité du fait pour ne pas ouvrir par mégarde le sac herniaire, ou blesser l'intestin qui y est contenu.

CHAPITRE IV

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS ACQUISES DES MEMBRES

Les difformités des membres sont de deux ordres : les unes sont des difformités acquises, les autres sont d'origine congénitale.

A cette double origine répondent les mots *difformités* et *déformations* proposés par Dally dans le *Dictionnaire encyclopédique*, le mot *difformités* s'entendant des vices de conformation d'origine congénitale, tandis que celui de *déformation* s'applique aux déviations du type normal produites après la naissance.

L'étude des difformités acquises ou déformations ne présente pas, en général, de bien grandes difficultés. A part des cas exceptionnels, leur étiologie est toujours claire, soit qu'il s'agisse de cicatrices vicieuses résultant de brûlures ou de pertes de substance étendues des parties molles, soit que la difformité résulte de la paralysie de certains muscles et de la rétraction des antagonistes (pieds bots paralytiques). Comme causes des difformités acquises, nous devons citer encore les ankyloses vicieuses, les luxations traumatiques et pathologiques non réduites, les cals vicieux, les déformations rachitiques des membres.

Un des points intéressants dans l'étude des difformités, c'est la considération des rapports existant entre leur production et l'état général des malades qui en sont porteurs. La tuberculose, le rachitisme, la syphilis sont, en effet, des facteurs importants dans la production des difformités; et leur étude n'est pas intéressante seulement au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie; elle est en même temps fertile au point de vue des déductions thérapeutiques. Il est important de savoir que les redressements, soit manuels, soit par les méthodes sanglantes, peuvent être l'occasion, chez les tuberculeux, de l'écllosion d'accidents divers, méningite, péritonite tuberculeuse, qui sont parfois funestes à brève échéance. Il n'est pas rare non plus de rencontrer, chez les sujets dont les difformités sont dues à des affections qui ont entraîné une longue suppuration, des altérations viscérales, dégénérescence graisseuse ou amyloïde du foie et des reins, capables de déterminer des accidents mortels. La notion de pareilles complications doit peser d'un grand poids dans les déterminations que peut prendre un chirurgien en présence d'une difformité.

Pour les vices de conformation, ou difformités congénitales, les difficultés sont beaucoup plus grandes, surtout en ce qui concerne leur pathogénie. Envisagée à ce point de vue, l'histoire des déviations organiques en général a été divisée en trois périodes par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

1° La première période, dite époque *fabuleuse*, comprend tous les temps anciens et va jusqu'à la fin du XII^e siècle; les fables les plus absurdes, les superstitions les plus grossières servaient alors d'explication à la production des difformités; notre illustre A. Paré lui-même n'a pas su les éviter.

2° La seconde période qui comprend le XVIII^e siècle mérite le nom d'époque positiviste; des observations sont recueillies, des dissections sont pratiquées, et l'on arrive à des notions exactes sur la constitution des difformités. A cette