

## **Des collections séreuses et hydatiques de l'aine / par Simon Duplay.**

### **Contributors**

Duplay, Simon Emmanuel, 1836-1920.  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Paris : P. Asselin, 1865.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/rzjve4ng>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

5  
*Surgely*

DES COLLECTIONS  
SÉREUSES ET HYDATIQUES  
DE L'AINE



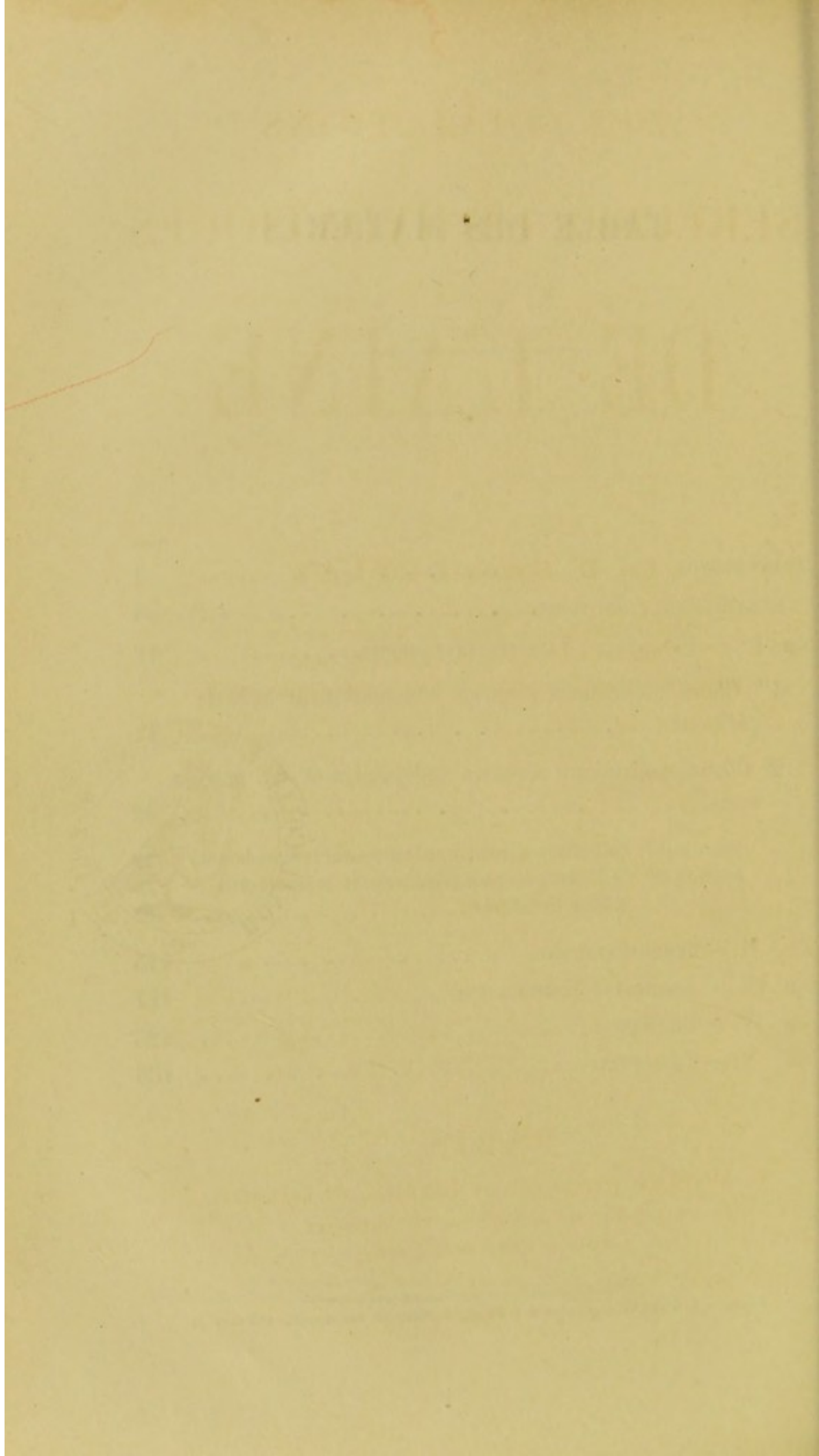
*Table à une fin*



## TABLE DES MATIÈRES

---

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
Classification ; divisions.....	8
CH. I <sup>er</sup> . — PATHOGÉNIE ; VARIÉTÉS ANATOMIQUES.....	11
1 <sup>re</sup> Classe. Collections séreuses communiquant avec le péritoine.....	11
2 <sup>e</sup> Classe. Collections séreuses indépendantes du péritoine.....	32
SECTION I <sup>re</sup> . Collections séreuses consécutivement indépendantes	32
SECTION II <sup>e</sup> . Collections séreuses primitivement indépendantes..	78
Kystes hydatiques.....	107
CH. II. — SYMPTOMATOLOGIE.....	115
CH. III. — ACCIDENTS ; COMPLICATIONS.....	117
CH. IV. — DIAGNOSTIC.....	125
CH. V. — TRAITEMENT.....	165



3

DES COLLECTIONS

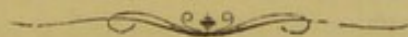
SÉREUSES ET HYDATIQUES

DE L'AINE

PAR

**Le D<sup>r</sup> Simon DUPLAY**

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris,  
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,  
Membre de la Société anatomique et de la Société d'Anthropologie.



**PARIS**

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET J<sup>nz</sup> ET LABÉ,  
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,  
Place de l'École-de-Médecine.

—  
1865

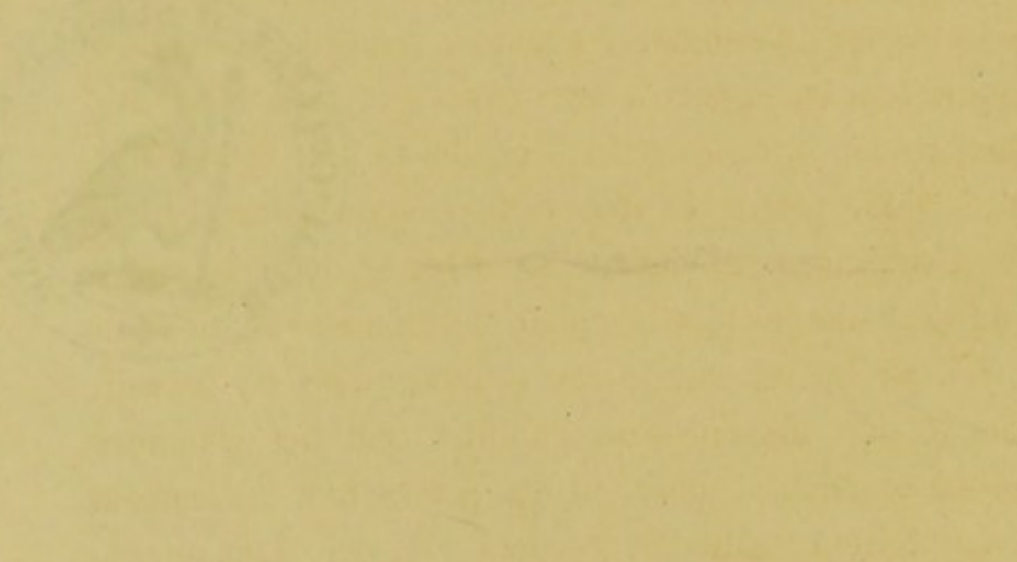
DES COLLECTIONS

SÉRIÉS ET HYDRAULIQUES

# DE LAINE

Le D<sup>r</sup> Simon DUPAY

Paris, chez M. le Ministre de l'Intérieur, au Bureau des Brevets, et chez M. le Ministre de l'Instruction Publique, au Bureau des Brevets, et chez M. le Ministre de l'Industrie, au Bureau des Brevets.



PARIS

chez M. le Ministre de l'Intérieur, au Bureau des Brevets, et chez M. le Ministre de l'Instruction Publique, au Bureau des Brevets, et chez M. le Ministre de l'Industrie, au Bureau des Brevets.

1862

# SÉREUSES ET HYDATIQUES

## DE L'AINE

---

### AVANT-PROPOS

Si l'on compulse tout ce qui a été écrit jusque dans ces derniers temps sur les affections chirurgicales de l'aine, on est surpris de ne trouver nulle part une description générale des collections séreuses et des kystes de cette région. Les auteurs se bornent à consacrer quelques lignes à cette classe de tumeurs, tout en signalant leur existence assez fréquente, leurs nombreuses variétés et la difficulté de leur diagnostic. Il restait à réunir toutes les observations éparses dans les annales de la science, à les classer par ordre et, avec ces matériaux, à tracer une histoire complète des tumeurs séreuses de l'aine. Tel est le but que je me propose dans ce travail. Toutefois je dois m'empresser d'ajouter que les premières bases d'une semblable étude ont été posées tout récemment par mon excellent maître M. Verneuil (1), qui, dans un article très-bien fait, mais malheureusement un peu restreint par le cadre d'un dictionnaire, a tenté de combler la lacune que je signalais. C'est donc sous l'inspiration de son exemple

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 771, et *Dictionn. encyclop. des sciences médicales*, t. II, art. *Aine*, p. 276.



que j'entreprends de traiter le même sujet, en lui donnant tous les développements qu'il comporte.

Un mot d'abord sur le titre même de cette monographie. A la région de l'aîne, plus peut-être que partout ailleurs, on a réuni et confondu sous le nom de kystes une foule de tumeurs d'origine et de nature diverses, qui n'ont d'autre caractère commun que l'accumulation d'un liquide séreux dans une cavité à parois distinctes, que cette cavité soit exactement close ou qu'elle communique avec celle du péritoine.

J'avais songé tout d'abord à étudier seulement les collections séreuses véritablement enkystées; mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que, si l'anatomie pathologique justifiait cette distinction, celle-ci n'était pas toujours possible au lit du malade, et que certaines tumeurs séreuses de l'aîne, quoique en apparence parfaitement enkystées, présentaient cependant des communications avec le péritoine. Il m'a donc fallu, pour ne pas laisser de côté ces faits intéressants, et pour remplir convenablement mon but, étendre les limites du cadre que je m'étais primitivement tracé, et, en adoptant le titre assez large de *Collections séreuses*, j'entends comprendre sous cette désignation les vrais kystes et les pseudo-kystes de l'aîne, c'est-à-dire toutes les tumeurs formées par un fluide séreux, solées ou non de la cavité péritonéale. Je ferai de plus rentrer dans cette description les kystes hydatiques.

Il convient encore de dire quelles limites je donne à la région de l'aîne; car tous les anatomistes ne s'accordent pas à ce sujet. Je pense, avec Bérard, que, pour le chirurgien, l'aîne doit être envisagée comme composée à la fois aux dépens de l'abdomen et de la cuisse, et par conséquent, comme formée de deux portions: l'une abdominale ou inguinale, renfermant le canal du même nom; l'autre crurale, limitée par une ligne circulaire étendue du tubercule de l'ilium au pubis et passant au-dessous du petit trochanter.

Je ferai en outre remarquer que la portion inguinale de l'aîne se continuant insensiblement avec la région scrotale, un grand nombre de tumeurs sont communes à l'une et à l'autre, de telle sorte que, sans étudier ici les collections séreuses nettement limitées aux bourses, il sera nécessaire d'examiner celles qui occupent à la fois l'aîne et le scrotum.

---

## CLASSIFICATION, DIVISIONS.

---

Les collections séreuses de l'aïne empruntent à la région dans laquelle elles se développent une physionomie toute particulière et présentent les variétés les plus nombreuses, soit dans leur mode de développement et leur siège anatomique, soit dans les symptômes et les accidents auxquels elles donnent lieu, soit enfin dans le traitement qu'elles exigent. En raison du nombre considérable de ces variétés, et pour mettre un peu d'ordre dans leur étude, il importe avant tout d'en établir la classification. C'est ce que j'ai tenté de faire en me plaçant au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie. Fondée sur de telles bases une classification des collections séreuses de l'aïne est également pratique ; car le fait capital pour le traitement c'est la connaissance exacte du siège anatomique de ces tumeurs, et des connexions qu'elles peuvent présenter avec les organes voisins et surtout avec la cavité abdominale.

Je diviserai d'abord les collections séreuses de l'aïne en deux grandes classes, suivant qu'elles sont en communication avec la cavité péritonéale ou suivant qu'elles en sont indépendantes. Chacune de ces deux classes renferme un grand nombre d'espèces et de variétés.

Les collections séreuses dont la cavité communique avec celle du péritoine ont leur siège : tantôt dans un diverticule de cette membrane séreuse existant normalement à une certaine période de la vie, et ayant persisté par suite d'un vice dans le développement, ce sont certaines hydrocèles congénitales ; tantôt ces collections séreuses prennent naissance dans un diverticule anormal et pathologique du péritoine, ce sont des hydrocèles herniaires. De là deux espèces de collections séreuses de l'aïne communiquant avec l'abdomen :

1° les hydrocèles congénitales ; 2° les hydrocèles herniaires, offrant l'une et l'autre un certain nombre de variétés.

Les tumeurs séreuses de la seconde classe, c'est-à-dire indépendantes de la cavité péritonéale, présentent entre elles une différence capitale eu égard à leur mode de développement. Les unes en effet primitivement formées par un diverticule du péritoine ont cessé de communiquer avec lui ; les autres n'ont jamais présenté aucune communication avec la séreuse abdominale. La seconde classe se divisera donc en deux sections comprenant :

I. Les tumeurs consécutivement indépendantes ; II. les tumeurs primitivement indépendantes du péritoine.

I. Les tumeurs consécutivement indépendantes sont de deux espèces, selon que la poche séreuse dans laquelle elles se développent est un vestige d'une disposition normale et transitoire, ou bien selon que l'appendice péritonéal qui leur a donné naissance est d'origine pathologique. Ces deux espèces correspondent, comme on le voit, à celles que j'ai cru devoir admettre dans les tumeurs séreuses de la première classe ; elles répondent par conséquent aux hydrocèles congénitales et aux hydrocèles herniaires, et, comme celles de la première classe, elles offrent plusieurs variétés que nous mentionnerons plus tard.

II. Les tumeurs séreuses primitivement indépendantes présentent plusieurs espèces ; ce sont :

1° Des hygromas développés soit dans des bourses séreuses normales, soit dans des bourses séreuses accidentelles ;

2° Des kystes ganglionnaires et certains kystes dont la pathogénie est encore douteuse et que l'on pourrait appeler jusqu'à nouvel ordre kystes séreux ;

3° Des kystes développés à l'intérieur de néoplasmes ;

4° Des kystes hydatiques.

Il faut ajouter que, parmi ces collections sérieuses indépendantes du péritoine, les unes sont nées dans la région même, les autres proviennent de parties plus ou moins éloignées.

Telles sont les divisions et subdivisions principales que j'ai cru devoir établir pour la classification des kystes et des pseudo-kystes de l'aine. Les nombreuses observations que j'aurai à rapporter et les développements dans lesquels je vais entrer pourront seuls me justifier d'avoir ainsi multiplié les variétés.

---

## CHAPITRE I<sup>er</sup>.

### **Pathogénie, variétés anatomiques.**

---

#### I<sup>re</sup> CLASSE.

##### DES COLLECTIONS SÉREUSES COMMUNIQUANT AVEC LA CAVITÉ PÉRITONÉALE.

On a vu plus haut que les collections séreuses de cette classe présentent deux espèces distinctes, suivant leur mode de développement et la nature du diverticule péritonéal dans l'intérieur duquel elles ont pris naissance. Ce sont : 1<sup>o</sup> les hydrocèles congénitales ; 2<sup>o</sup> les hydrocèles herniaires.

#### 1<sup>o</sup> *Hydrocèles congénitales.*

Nous devons les étudier d'abord chez l'homme, puis examiner si leur existence peut être admise chez la femme.

A. *Hydrocèles congénitales chez l'homme.* — Le cordon spermatique est entouré dans les premiers temps de la vie par un canal séreux, prolongement de la séreuse abdominale, qui, précédant la descente du testicule dans le scrotum, met en communication la cavité de la tunique vaginale avec celle du péritoine. Après que la migration du testicule est accomplie, la portion du canal séreux intermédiaire entre la vaginale et le péritoine s'oblitére normalement et à des époques variables ; mais il peut se faire aussi que cette oblitération n'ait pas lieu, ou bien qu'elle ne soit que partielle. Dans le cas que nous considérons ici, deux circonstances peuvent se présenter, d'où résulteront deux variétés d'hydrocèles con-

génitales : tantôt le prolongement péritonéal est resté perméable dans toute son étendue, de telle sorte que la cavité de la tunique vaginale communique plus ou moins librement avec celle de l'abdomen ; l'accumulation de sérosité dans une semblable poche constitue l'hydrocèle congénitale proprement dite, que j'appellerai, avec Chassaignac, *hydrocèle péritonéo-vaginale* ; tantôt le canal péritonéal étant resté perméable à sa partie supérieure, dans une portion plus ou moins étendue du cordon, s'est oblitéré seulement à sa partie inférieure en s'isolant de la tunique vaginale. Si la sérosité s'amasse dans ce diverticule, on aura une seconde variété d'hydrocèle congénitale, que je désignerai sous le nom d'*hydrocèle péritonéo-funiculaire*.

a. Hydrocèle péritonéo-vaginale. — Cette variété de collection séreuse est assez longuement décrite dans la plupart de nos auteurs classiques ; aussi n'y insisterai-je pas. Je me bornerai à indiquer les particularités anatomiques les plus importantes à connaître au point de vue pratique.

Je laisse de côté la question de savoir si le liquide est sécrété dans la tunique vaginale ou dans le péritoine, question qui, à part le cas où il existe une ascite, paraît difficile à juger. Cependant, suivant la remarque de Curling, on doit supposer que le liquide a plus probablement son origine dans l'abdomen, puisqu'il suffit souvent pour obtenir sa résorption de le réduire et d'empêcher la communication avec l'abdomen au moyen de la compression.

L'orifice ou le canal par lequel la collection séreuse communique avec le péritoine offre des dimensions variables. Quelquefois large, le plus souvent de la grosseur d'une plume d'oie et permettant le passage facile de la sérosité du scrotum dans la cavité abdominale, le canal de communication peut être tellement rétréci que la réduction du liquide devienne extrêmement difficile, et ne soit obtenue que par des pressions fortes et prolongées, ou bien à la suite d'un long repos dans

la situation horizontale. Cette disposition anatomique est de la plus haute importance pour le diagnostic, et nous aurons à y revenir plus tard.

L'hydrocèle péritonéo-vaginale présente encore certaines particularités intéressantes relatives à la situation du testicule : tantôt celui-ci a accompli sa descente complète et se trouve dans le scrotum, entouré par le liquide avec lequel il affecte les mêmes rapports que dans l'hydrocèle ordinaire ; tantôt le testicule a été arrêté dans sa migration. C'est ainsi qu'il peut être resté dans l'abdomen, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION I<sup>re</sup> (1). — Jeune garçon assez vigoureux, âgé de 14 ans. Le scrotum est constitué par trois bosselures inégales ; l'une à droite, molle et transparente, non rénitente, et dont le contenu rentre dans l'abdomen dès qu'on exerce la moindre pression. Il n'y a aucune trace apparente de testicule de ce côté. A gauche, le testicule était descendu et était surmonté d'une tumeur de nature douteuse, probablement un kyste du cordon.

Dans d'autres cas, le testicule, ayant commencé sa descente, a été retenu à l'anneau inguinal. Morel-Lavallée a rapporté à la Société de chirurgie (2) un bel exemple d'ectopie testiculaire avec hydrocèle congénitale ; nous citerons plus tard cette observaion (obs. 12). D'ailleurs les faits de cette nature ne seraient pas rares, d'après Follin et A. Richard. Le premier en a trouvé plusieurs exemples, et a donné au musée Dupuytren un certain nombre de pièces anatomo-pathologiques relatives à cette affection. Dans ces circonstances, on trouve au-dessous du testicule une poche de liquide ; souvent l'épididyme, descendant en avant du testicule, entraîne une portion de la tunique vaginale et se déroule dans cette poche qui peut se remplir de

(1) Chassaignac, *Hydrocèle péritonéo-vaginale* (*Revue méd.-chirurg.*, 1853, t. XIII, p. 333).

(2) *Société de chirurgie*, 20 avril 1859.



liquide réductible, soit par la pression, soit par le simple décubitus (1).

J. Cloquet a observé une disposition assez curieuse, en vertu de laquelle le testicule faisait soupape, et, tout en permettant au liquide de l'abdomen de descendre dans la poche, empêchait celui-ci d'être refoulé dans le ventre.

Obs. II (2). — Homme d'une trentaine d'années, ayant eu une hydrocèle congénitale. La tunique vaginale est remplie de sérosité. Le testicule qui fait partie des parois de la poche est situé immédiatement au-dessous et en dehors de l'anneau inguinal, dans lequel il se prolonge même un peu; sa position est verticale comme dans le fœtus; l'épididyme descend d'abord à côté de lui, puis se porte à 2 pouces et demi plus bas, pour former un coude et donner naissance au canal déférent. L'ouverture de la vaginale est large, le canal inguinal a conservé presque toute son obliquité. Lorsqu'on pousse la poche vers l'abdomen, le testicule remonte, s'engage dans l'anneau; le bouche à la manière d'une soupape et s'oppose à ce que la sérosité qu'elle renferme puisse rentrer dans l'abdomen, quelle que soit la force de la pression qu'on exerce; le liquide séreux passe au contraire avec beaucoup de facilité de la cavité abdominale dans le sac, parce qu'alors il abaisse le testicule en le poussant au-devant de lui et en le faisant descendre au-dessous de l'anneau. Pour faire rentrer le liquide dans le ventre, il faut comprimer et tirer en bas la poche qui entraîne le testicule dans le même sens et l'empêche de remonter avec la sérosité.

Il semble que l'hydrocèle péritonéo-vaginale doive être le plus souvent compliquée de la présence d'une hernie, puisqu'il existe un sac tout préparé pour recevoir les viscères. Le fait est cependant beaucoup moins fréquent qu'on aurait pu le supposer. Il suffit d'ailleurs, pour le moment, d'avoir signalé la possibilité de cette complication.

(1) Musée Dupuytren, numéros 311, 312, 313, 314, 315. Voy. Follin (*Arch. gén. de méd.*, 1850, t. XXVI, p. 270 et 271, et *Gazette méd.*, 1851, p. 765).

(2) J. Cloquet, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales* (Thèse, 1819, p. 97, obs. 74).

b. Hydrocèle péritonéo-funiculaire. — Cette variété d'hydrocèle congénitale a son siège, comme je l'ai dit, dans l'intérieur du canal péritonéo-vaginal oblitéré plus ou moins loin au-dessous de l'anneau inguinal, et persistant dans une étendue variable à sa partie supérieure. L'observation suivante montrera la disposition anatomique qui explique le mode de développement de cette hydrocèle.

Obs. III (1). — Sur un enfant, âgé de 16 mois, et qui avait présenté pendant sa vie les symptômes d'une hydrocèle vaginale, on trouva, après l'ouverture de l'abdomen, que l'anneau inguinal interne n'était pas oblitéré, et qu'un stylet mousse, introduit dans cette ouverture, y pénétrait facilement, mais se trouvait arrêté à 2 ou 3 centimètres de profondeur. D'un autre côté, après avoir ouvert la tunique vaginale, on put facilement introduire un stylet dans le conduit péritonéal, mais, après 2 centimètres de trajet, on se trouvait arrêté. On incisa sur le stylet la portion libre du canal; la séreuse était parfaitement libre et sans oblitération. Le reste du canal, c'est-à-dire la partie moyenne, était oblitérée.

Cependant, si l'on s'en rapporte au silence gardé par les auteurs à ce sujet, l'hydrocèle péritonéo-funiculaire paraît assez rare. Je n'en connais que deux exemples.

L'un est dû à L. Nannoni (2).

Obs. IV. — Un enfant de 6 ans entra à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova, à Florence, pour une affection regardée comme une hernie et spécialement comme une entérocèle. Quand on comprimait la tumeur, la matière qui la formait refluaît dans l'abdomen, ce qui confirmait mon père dans cette idée qu'il s'agissait d'une hernie intestinale. Comme les parents désiraient beaucoup et nous pareillement voir l'enfant guéri de cette infirmité, nous tentâmes la cure radicale par la ligature du sac, méthode que mon père a fait revivre avec succès à Florence. Nous mîmes donc à découvert le prétendu sac her-

(1) Ch. Duval, *De l'Hydrocèle congénitale* (Thèse, n° 201, p. 34; Paris, 1856).

(2) L. Nannoni, *Treatise of the hydrocèle*; London, 1779.

niaire, et, l'ayant séparé des parties avec lesquelles il était uni, nous le liâmes aussi près que possible de l'anneau inguinal. L'inflammation qui suivit fut des plus vives et se propagea promptement aux intestins; l'enfant succomba. Ayant ouvert l'abdomen et examiné les parties sur lesquelles avait porté l'opération, nous ne pûmes trouver le moindre indice de hernie intestinale. Il y avait un petit sac, descendant de la partie interne de l'anneau inguinal jusque dans la tunique vaginale, à laquelle il adhérait et dont il avait été séparé dans l'opération. Ce sac était rempli de liquide, et ce liquide refoulé à l'intérieur sous la compression du dehors avait causé la méprise et fait croire à une hernie intestinale.

Nannoni a pris soin de faire remarquer qu'il ne faut pas confondre ce cas avec l'hydrocèle congénitale ordinaire.

Dans la seconde observation qui est due à Chassaignac, et que je rapporterai plus loin (obs. 89), on doit admettre que, de même que cela peut s'observer dans l'hydrocèle congénitale ordinaire, l'orifice de communication était extrêmement étroit, au point de rendre très-difficile la rentrée du liquide dans l'abdomen, circonstance de la plus haute importance pour le diagnostic et le traitement.

Je n'ai pu trouver que ces deux cas d'hydrocèles péritonéo-funiculaires; mais, si l'on songe que la hernie vaginale funiculaire se forme dans les mêmes conditions et que, suivant les observations du professeur Malgaigne, cette variété de hernie est assez fréquente, on est en droit de se demander si l'hydrocèle péritonéo-funiculaire n'a pas souvent passé inaperçue et n'a pas été confondue avec une hernie, comme cela eut lieu dans le fait de Nannoni.

B. *Hydrocèle congénitale chez la femme.* — Existe-t-il chez la femme une variété de collection séreuse de la région inguinale, qui puisse être comparée à l'hydrocèle congénitale de l'homme? Pour juger cette question, très-vivement controversée, nous examinerons deux ordres de faits, et nous rechercherons d'abord si l'anatomie permet d'expliquer la

formation d'une semblable hydrocèle, et ensuite si l'observation clinique confirme son existence.

Nuck (1) et avant lui Swammerdam (2) ont décrit chez la femme un prolongement du péritoine accompagnant le ligament rond, et se terminant en cul-de-sac dans la grande lèvre. Depuis lors l'existence de ce canal a été tour à tour niée et admise par les anatomistes. Camper (3) a trouvé que ce canal est ordinairement fermé avant la naissance; car, sur les cadavres de 14 petites filles, nouvellement nées, qu'il a disséquées, il y en avait 11 où l'on n'en voyait aucun vestige; parmi les 3 autres, une fois ce canal s'étendait jusqu'au pubis du côté droit; une autre fois jusqu'au pubis du côté gauche; enfin, dans le troisième cas, on n'en voyait qu'un vestige de ce dernier côté. Dans une autre série de 20 faits, le même auteur (4) a trouvé 15 fois le canal fermé; 3 fois il a trouvé des vestiges du canal de Nuck du côté droit, et 2 fois il était ouvert du côté gauche. Il assure en outre qu'il a vu plusieurs fois des vestiges de ce canal chez des femmes mortes en couches.

Depuis lors, l'existence du canal de Nuck aurait été constatée par un grand nombre d'auteurs: A. Cooper, J. Cloquet, Cruveilhier, etc.; du moins on en trouve la description dans tous nos traités d'anatomie. Cependant le professeur Velpeau (5), se fondant sur les dissections de Thomson, a nié la réalité d'une semblable disposition. Suivant lui, le ligament rond ne vient pas se perdre dans le sommet de la vulve; il s'arrête sur le pubis et dans la paroi postérieure du canal inguinal. Il s'ensuit que le péritoine ne se prolonge pas en cul-de-sac hors du ventre, comme chez

(1) Nuck, *Atenographia curiosa*, p. 133; Leyde, 1692.

(2) Swammerdam, *Miraculum naturæ, sive uteri muliebris fabrica*; Leyde, 1672.

(3) Camper, *Abhandlungen der Harlemer Gesellschaft*, t. II, p. 137

(4) Camper, *Kleine schriften*, t. III, 2<sup>e</sup> partie, p. 181.

(5) Velpeau, Dictionnaire en 30 vol., t. XV, art. *Hydrocèle*.

l'homme. Cette raison ne serait pas suffisante pour faire rejeter l'existence du caual de Nuck ; car, s'il est vrai, comme l'ont bien constaté de nouveau Rainey (1), Morpain (2) et comme moi-même j'ai pu m'en convaincre, s'il est vrai que le ligament rond proprement dit s'arrête au-dessus de l'anneau inguinal externe et ne sort pas par cette ouverture, ainsi qu'on l'avait dit généralement, la dissection montre que les vaisseaux et les nerfs de ce ligament, réunis par du tissu cellulaire, passent à travers l'anneau abdominal externe et s'engagent dans le sommet de la grande lèvre, ou dans le goulot du sac dartoïque, si bien décrit par Broca, mais dont l'existence cependant ne m'a pas paru constante. Il serait donc possible que le péritoine accompagnant le ligament rond dans la partie supérieure du canal inguinal, se prolongeât autour des vaisseaux de ce ligament jusque dans la grande lèvre. Morpain dit en effet qu'il a rencontré plusieurs fois ce prolongement péritonéal qu'on appelle le canal de Nuck, se terminant en cul-de-sac dans le goulot du sac dartoïque. Ce diverticule péritonéal était libre complètement dans l'anneau, et ne présentait plus dans ce point aucun semblant de continuité avec le ligament rond, qui s'arrêtait à l'orifice interne de l'anneau.

J'ai voulu contrôler par moi-même les assertions contradictoires émises au sujet de l'existence de ce canal, et j'exposerai maintenant en quelques mots les résultats de mes recherches :

J'ai examiné à ce point de vue 21 fœtus à différents âges, depuis quatre à cinq mois jusqu'au moment de la naissance, et je dois avouer que je n'ai pas rencontré une seule fois le moindre vestige du prétendu canal de Nuck. D'un autre côté,

(1) Rainey, *Philosophical transactions*, t. III, et *Arch. gén. de méd.*, t. XIX, 1852.

(2) Morpain, *Études anatomiques et pathologiques des grandes lèvres* (Thèse, n° 278; Paris, 1852).

mon collègue et ami Spiess, que j'avais prié de faire à ce sujet quelques recherches, et que je remercie sincèrement de l'empressement qu'il a mis à répondre à mon appel, ayant ouvert 4 fœtus (deux à terme, un à cinq mois, l'autre à sept mois), n'a pu constater l'existence d'aucun canal. Bien plus, quoique j'eusse pris le soin de ne pas l'avertir du résultat négatif que j'avais obtenu, ni de la disposition que j'avais constamment rencontrée, la description qu'il a bien voulu me communiquer est exactement semblable à celle que j'avais consignée dans mes notes.

Lorsqu'on a disséqué la grande lèvre et qu'on a mis à nu l'ouverture externe du canal inguinal, on voit passer par cet orifice les vaisseaux du ligament rond, entourés par un tissu cellulaire fin, et se perdant dans la grande lèvre. — Dans aucun cas, je n'ai pu découvrir le moindre vestige d'une cavité séreuse à ce niveau; j'ai pu disséquer les vaisseaux, les dissocier, les couper même complètement; toujours j'ai pu m'assurer ensuite, même chez les sujets les plus jeunes, que je n'avais nullement intéressé le péritoine.

D'autre part, en examinant du côté de l'abdomen, au niveau du point où le ligament rond pénètre dans les parois abdominales, on voit le péritoine recouvrir en se déprimant légèrement l'orifice supérieur du canal inguinal, pour se réfléchir immédiatement sur le ligament rond, qu'il entoure complètement.

En se portant ainsi des parois abdominales sur le ligament rond, le péritoine forme un double pli semi-lunaire, dont les bords libres, concaves et plus ou moins saillants, limitent, en dehors du ligament rond, une dépression ou une fossette, dont la profondeur varie. Lorsqu'on vient à exercer des tractions sur la paroi abdominale, on voit cette fossette se prononcer davantage et simuler chez certains sujets l'ouverture d'un véritable canal. Mais il est facile de s'assurer que cette disposition n'est qu'apparente, qu'elle est due à ce que,

en tirant sur la paroi abdominale et sur le péritoine, on augmente la saillie des replis qui se portent sur le ligament rond, et par suite la profondeur de la dépression qu'ils circonscrivent; qu'au niveau de cette dépression, la séreuse passe au-dessus de l'orifice supérieur du canal inguinal, sans s'y enfoncer, et enfin que, dans aucun cas, on ne saurait assimiler cette simple fossette à l'ouverture d'un canal séreux se prolongeant dans l'intérieur du trajet inguinal. Il suffit, pour bien saisir cette différence, d'examiner comparativement l'orifice du canal péritonéo-vaginal, qui, chez le fœtus mâle, s'observe en dehors du cordon spermatique, au point où celui-ci pénètre dans le canal inguinal.

Dans un seul cas, à l'ouverture d'une petite fille à terme, je crus avoir trouvé le canal de Nuck. Il existait, en dehors du ligament rond du côté droit, une ouverture bien réelle; mais les dimensions mêmes de cette ouverture, qui dépassaient celles d'une plume d'oie, ne tardèrent pas à m'inspirer quelques doutes. Je remarquai en même temps une vascularisation anormale du tissu cellulaire sous-séreux, qui était à ce niveau rouge, injecté, et offrait une induration assez sensible pour donner une rigidité toute particulière aux bords de cette ouverture. L'appendice du cæcum situé au voisinage présentait une coloration rouge, absolument semblable à celle qui existait au niveau du canal inguinal, et ses dimensions répondaient exactement à celles du diverticule péritonéal. Enfin, si j'ajoute que le mésocæcum était beaucoup plus développé qu'on ne l'observe à cet âge, je crois pouvoir affirmer, sans crainte de me tromper, qu'il s'agissait dans ce cas d'un véritable sac herniaire.

A part cette seule exception que je devais signaler, nous avons toujours observé, Spiess et moi, une simple fossette, située en dehors du ligament rond, au niveau de l'orifice inguinal supérieur, sans aucune ouverture ni aucun canal séreux.

Comment expliquer cependant la description donnée par la plupart des anatomistes ? On se rendra peut-être compte de leur erreur lorsqu'on saura que rien n'est plus facile que de créer artificiellement le canal de Nuck. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau de la fossette inguinale, présente une laxité très-grande, et permet le facile glissement de la séreuse ; il en résulte que, lorsqu'on recherche l'existence d'un canal, une pression assez légère avec un stylet mousse suffit souvent pour enfoncer le péritoine dans le canal inguinal. De même, lorsqu'on tire avec une pince les parties cellulo-vasculaires qui sortent par l'orifice inguinal externe et qui se continuent avec le ligament rond, à mesure que celui-ci s'enfonce dans le trajet inguinal, sous l'influence d'une traction légère, il entraîne le péritoine, et on voit se produire un véritable canal séreux. Mais un examen un peu attentif suffira pour montrer que, par ce moyen, on crée de toutes pièces un canal qui n'existe pas, et dont on ne trouve aucun vestige lorsqu'on étudie les choses en place, ou qu'on dissèque avec soin les parois du trajet inguinal.

Je serais donc tenté d'admettre que l'erreur des anatomistes qui ont admis le canal de Nuck et qui prétendent l'avoir vu provient de ce qu'ils l'ont produit artificiellement, ou bien de ce qu'ils ont eu affaire à des sacs herniaires. Cette dernière supposition me paraît la plus probable, car, en voyant la facilité avec laquelle on peut déprimer le péritoine au niveau de l'ouverture inguinale interne, il est permis de croire que la hernie inguinale doit être très-fréquente chez les petites filles, opinion déjà émise par A. Cooper et Dupuytren, mais qu'ils fondaient sur une autre raison, la présence d'un canal ouvert.

Toutefois, je pense que, pour nier d'une manière absolue l'existence du canal de Nuck, il faudrait un plus grand nombre d'observations, et je regrette que le temps ne m'ait pas permis de multiplier ces recherches que je me propose de poursuivre.



Mais, quoique peut-être insuffisants, les faits qui précèdent sont encore assez nombreux pour autoriser à conclure que, si le canal de Nuck existe réellement, c'est à titre d'exception assez rare, puisque dans vingt-cinq cas où on l'a recherché avec le plus grand soin, on n'en a découvert aucune trace.

Interrogeons maintenant les faits pathologiques et voyons ce qu'il faut penser d'une prétendue hydrocèle congénitale chez la femme. Malgré mes recherches, je n'ai pu réunir que deux observations qui puissent être rapportées à cette variété de collection séreuse. La première a été mentionnée en quelques mots par Lecat.

OBS. V (1). — Lecat a trouvé, sur le cadavre d'une femme de 46 ans, le canal de Nuck, de la grosseur d'une plume d'oie, sortant par l'anneau; la portion placée au-dessous de l'anneau formait une vésicule de la grosseur du doigt, remplie d'une humeur aqueuse. La femme n'avait jamais eu de hernie.

L'absence complète de détails, le nom même de l'auteur de cette observation, lui enlèvent toute espèce de valeur.

La seconde observation est due à Paletta; elle mérite d'être rapportée presque textuellement.

OBS. VI (2). — Une femme, atteinte d'aliénation mentale, portait dans l'aîne gauche une tumeur ovoïde, lisse, à peine douloureuse et rénitente, comme une vessie remplie de liquide. Cette tumeur était située obliquement au-dessus de l'aîne gauche, et se terminait en bas et en dedans à la partie supérieure de la grande lèvre de ce côté.

Quoique tous les signes qui annoncent une hernie intestinale manquaient chez cette malade, néanmoins plusieurs médecins pensèrent que telle était la nature de cette tumeur. En effet, quelques mois auparavant, on avait observé dans la même région une tumeur, du volume d'une noisette, que la compression faisait disparaître, et cette circonstance avait fait décider qu'il y avait déplacement de l'intestin. En consé-

(1) *Transactions philosophiques*, t. XLVII, p. 222; 1751.

(2) Paletta, *Sull' idrocele delle donne. Mem. dell' Instit. ital.*; t. I, p. 101.

quence de cette opinion, l'opération fut pratiquée comme pour une hernie, et fit mettre à découvert un sac distendu par une énorme quantité de sérosité jaunâtre et qui ne renfermait rien autre chose. La surface interne de cette cavité était rugueuse. En portant le doigt dans la partie supérieure de ce sac, on trouva son orifice ou l'anneau inguinal sensiblement dilaté, et, pour peu qu'on pressât, l'extrémité du doigt pénétrait dans la cavité du ventre. Ce sac ouvert longitudinalement fut rempli ensuite par quelques plumasseaux de charpie, soutenus par un bandage. La suppuration ne tarda pas à s'établir, et depuis la cicatrisation, qui s'opéra rapidement, il n'y a pas eu récurrence de la tumeur aqueuse.

G. Regnoli (1) qui, comme Paletta, admet sans contestation l'existence du canal de Nuck, n'hésite pas à affirmer que dans l'observation précédente, la collection séreuse avait bien son siège dans l'intérieur de ce canal. C'est ce qui me paraît loin d'être démontré. Quoique Paletta nous apprenne qu'au moment où il examina la tumeur, il n'existait aucune apparence de hernie, on voit par la lecture de cette observation, que la malade en avait présenté les symptômes quelques mois auparavant, et qu'on avait décidé à cette époque qu'il s'agissait d'une hernie intestinale. Dès lors n'est-il pas plus simple de penser que les viscères ayant été réduits et n'ayant pas subi de nouveau déplacement, l'épanchement de sérosité s'est produit dans l'intérieur du sac vide, comme cela arrive assez fréquemment.

Paletta ne nous dit pas non plus ce qui lui a fait reconnaître que la cavité dans laquelle il a pénétré était bien le canal de Nuck dilaté, et la description qu'il donne peut tout aussi bien s'appliquer à un sac herniaire.

Mais, dira-t-on, à supposer même qu'il y ait eu une hernie, celle-ci pouvait occuper le canal de Nuck, et, dans ce cas, on aurait encore eu affaire à une hydrocèle congénitale com-

(1) Regnoli, *Sur l'hydrocèle chez la femme*; Pise, 1832 (*Arch. gén. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 104; 1834).

pliquée de hernie, comme cela s'observe chez l'homme. A cette objection je répondrai que la hernie inguinale congénitale chez la femme n'est pas mieux démontrée que l'hydrocèle congénitale. Après la lecture d'un certain nombre d'observations, je demeure convaincu que c'est sans aucune preuve, mais seulement par analogie avec ce qui a lieu chez l'homme, et dans l'hypothèse d'un canal de Nuck, que la plupart des auteurs admettent la hernie congénitale de la femme.

Le fait suivant, rapporté par A. Cooper, va nous servir d'exemple :

OBS. VII. (1). — Sur le corps d'une vieille femme apportée pour les dissections, on aperçut à chaque aine un léger relief. En pressant sur l'abdomen qui contenait une petite quantité de liquide, ces tumeurs étaient rendues beaucoup plus distinctes. *Les deux hernies inguinales étaient congénitales.* Le canal était large et aussi dilaté qu'il l'est ordinairement chez l'homme. Le ligament rond était enveloppé d'une tunique vaginale distincte, dans laquelle était placé l'intestin, qui présentait avec ce ligament les mêmes rapports qu'avec le cordon spermatique chez l'homme.

A. Cooper déclare qu'il s'agissait d'une hernie congénitale, c'est-à-dire dans le canal de Nuck, mais on en cherche en vain la preuve. Car cette *tunique vaginale* dont il parle peut tout aussi bien être un sac herniaire ordinaire produit par la pression des viscères au niveau de l'anneau inguinal interne, et j'ai montré avec quelle facilité on peut déprimer le péritoine en ce point chez le fœtus et chez l'enfant nouveau-né.

En résumé donc aucun fait n'autorise à admettre l'existence de l'hydrocèle congénitale, pas plus que celle de la hernie congénitale chez la femme, dans le sens qu'on attache habituellement à ces mots ; et ce résultat de l'étude des observations pathologiques vient confirmer la conclusion à laquelle

(1) A. Cooper, *Œuvres chir.*, trad. franç., p. 297, obs. 263 ; Paris, 1837.

j'avais été amené par mes recherches anatomiques, à savoir, la rareté excessive, si je n'ose encore dire, l'absence constante du canal de Nuck.

2° *Hydrocèles herniaires.* — Le diverticule péritonéal dans lequel se produit l'accumulation de sérosité, au lieu d'être le vestige d'un état normal, peut être le résultat d'une lésion pathologique; c'est ce qu'on observe pour les sacs herniaires. Nous ne devons nous occuper ici que des cas où la cavité communique plus ou moins largement avec l'abdomen. Or, dans ces circonstances, l'hydrocèle du sac herniaire présente deux variétés, suivant qu'il contient des viscères, ou bien qu'il est vide ou déshabité.

a. *Hydrocèle du sac herniaire avec viscères (hydro-entéro-cèle, hydro-épilocèle réductibles.)* — Le sac herniaire contient habituellement avec les viscères une certaine quantité de sérosité, mais, en général, lorsque la hernie est réductible (et c'est le cas que j'examine ici), cette quantité est peu considérable. C'est seulement lorsqu'il existe en même temps une ascite, que le liquide contenu dans l'abdomen, pénétrant dans le sac de la hernie, le distend outre mesure. On a pu, dans de semblables cas, évacuer tout le liquide de l'ascite en plongeant le trocart dans la tumeur. Je me borne à signaler le fait qui n'offre pas d'autre intérêt.

b. *Hydrocèle du sac herniaire déshabité (pseudo-kystes sacculaires).* — Il serait important de distinguer nettement cette variété de collection séreuse de celle que nous étudierons plus loin, et qui se forme également dans un sac herniaire déshabité, mais complètement isolé de la cavité péritonéale. Les expressions de pseudo-kystes et de kystes sacculaires que nous proposons auraient l'avantage, en indiquant le caractère différentiel de ces deux variétés, c'est-à-dire la communication avec le péritoine ou l'isolement parfait, de restreindre le sens du mot hydrocèle, dont on a

un peu abusé et que l'on a étendu à une foule d'affections différentes.

Les pseudo-kystes sacculaires offrent des variétés intéressantes relativement à la forme et aux dimensions de l'ouverture par laquelle le sac communique avec le péritoine. Tantôt l'ouverture est large et la communication facile, tantôt le sac étant plus ou moins rétréci à son collet, le liquide séreux accumulé dans sa cavité éprouve une certaine difficulté à être refoulé dans l'abdomen.

Il est bien rare, lorsque l'orifice de communication est large, que les viscères ne pénètrent pas dans le sac. Dans le cas d'ascite, J. Cloquet pense que la sérosité abdominale peut, lors du resserrement de l'abdomen, transmettre au péritoine qui recouvre les anneaux toute la force d'impulsion qu'elle reçoit des muscles ; elle peut en conséquence le pousser devant elle par ces ouvertures et former un sac rempli de sérosité. Cette proposition est fondée sur une observation :

Obs. VIII (1). — Un vieillard de 72 ans, affecté d'un catarre pulmonaire violent, consulta J. Cloquet pour une tumeur survenue à l'aîne gauche depuis quinze ou vingt jours, augmentant pendant les accès de toux. Il n'existait aucune tuméfaction de la région inguinale, mais seulement une grande laxité dans l'anneau. Sous l'influence d'un léger effort, cette région se soulevait, se distendait. Cloquet reconnut alors que la tumeur était formée par un sac herniaire qui descendait au devant du cordon testiculaire et était uniquement rempli par de la sérosité, dont la fluctuation était manifeste. La tumeur se réduisait spontanément et reparaisait au moindre effort, ou par le fait seul de la station verticale. Cloquet examina très-souvent cette tumeur pendant les accès de toux, et il ne put jamais y rencontrer l'intestin ou l'épiploon. Le malade mourut trois mois et demi après l'apparition de la hernie. L'abdomen pouvait contenir 3 pintes de sérosité jaunâtre. On trouva du côté gauche un sac de hernie inguinale interne, long de 2 pouces, facilement réductible et rempli seulement de sérosité.

(1) J. Cloquet, thèse citée, p. 20, obs. 2\*

Mais, indépendamment des cas où la sérosité provient manifestement de la cavité abdominale, il en est d'autres dans lesquels on voit le sac, abandonné depuis un temps plus ou moins long par les viscères qu'il contenait, devenir le siège d'une accumulation de liquide. Le plus souvent alors le collet du sac s'est rétréci, de manière à prévenir la rentrée des viscères, et ce rétrécissement se présente à différents degrés, depuis une simple diminution dans le diamètre de l'ouverture, jusqu'à une constriction telle que le sac ne communique plus avec le péritoine que par un orifice extrêmement étroit et quelquefois même presque imperceptible.

Cette évolution du sac herniaire, qui peut aboutir à l'oblitération complète du collet, ne saurait être étudiée longuement ici. Indiqué pour la première fois par Saviard, le resserrement graduel du collet du sac a été mentionné depuis par tous les auteurs qui se sont occupés des hernies. C'est surtout aux beaux travaux du professeur J. Cloquet que l'on doit les connaissances anatomiques les plus précises à ce sujet. Toutefois l'explication qu'on a donnée du phénomène a beaucoup varié, ce qui tient peut-être à ce que le mécanisme suivant lequel s'opèrent le resserrement et l'oblitération du collet du sac n'est pas identique dans tous les cas. Je me bornerai à rappeler que, dans l'opinion la plus généralement admise, la cause principale du resserrement du collet du sac est une inflammation adhésive qui soude entre eux les plis formés par le froncement du péritoine au niveau du col du sac. A mesure que ces plis se multiplient, et sous l'influence d'inflammations nouvelles, l'orifice se rétrécit davantage et peut arriver à se fermer complètement. On pense en outre que la pression de la pelote du bandage contribue à amener ce resserrement, en agissant par pression et frottement, c'est-à-dire comme cause déterminante d'inflammation. Cependant je pourrais citer des observations dans lesquelles le resserrement et même l'oblitération complète du collet du sac ont eu lieu, quoique les malades

n'aient jamais porté de bandage ; mais de plus amples développements seraient hors de propos, et je renverrai sur ce sujet, qui appartient plus spécialement à l'étude des hernies, aux travaux de J. Cloquet (1), Demeaux (2), Roustan (3), Malgaigne (4).

Quoi qu'il en soit du mécanisme du resserrement du collet du sac herniaire, le fait existe et a été constaté un assez grand nombre de fois, soit dans des hernies inguinales, soit dans des hernies crurales.

L'observation la plus ancienne appartient à Saviard.

OBS. IX (5). — Le 5 février 1690, l'on apporta à l'Hôtel-Dieu une malade, âgée de 22 ans, qui avait la fièvre, de grands vomissements et le ventre fort tendu et fort douloureux. Après l'avoir un peu questionnée, je connus par ses réponses qu'elle avait eu depuis deux ans une descente qui rentrait au dedans et s'en échappait facilement dans les commencements, mais que sa tumeur n'étant pas rentrée depuis six mois, elle n'avait pas laissé pour cela de porter son brayer.

Je lui ôtai son bandage pour voir et toucher la tumeur de l'aîne, qui me parut d'un caractère assez douteux, de sorte que, après avoir fait inutilement quelques tentatives pour la réduire, néanmoins sans violence, jugeant cette tumeur plutôt humorale que partielle, je me contentai d'y faire appliquer les émoullients joints aux résolutifs; mais la violence de la fièvre l'ayant emportée deux jours après, je fis l'ouverture de son cadavre.

Après l'ouverture faite aux téguments du bas-ventre, j'aperçus une quantité d'eau considérable épanchée dans la capacité, les intestins tout gangrenés et chargés de purulence dans leur surface. J'ouvris après cela la tumeur de l'aîne, où je trouvai un bon demi-setier d'eau, contenue dans une poche pareillement formée du péritoine, et j'y aperçus une

(1) J. Cloquet. Thèse citée.

(2) Demeaux. *Recherches sur l'évolution du sac herniaire.* (*Annales de la chir. franç. et étrang.*, t. V; p. 312).

(3) Roustan. *De quelques modes de guérison naturelle des hernies*, etc (*Journ. de chir. de Malgaigne*, t. I, p. 298 et 323).

(4) Malgaigne. *Anal. chir.*, t. II, p. 315, 2<sup>e</sup> édit. 1859).

(5) Saviard (*Obs. chir.*, p. 120, obs. 22; Paris, 1702).

*très-petite ouverture*, par laquelle la sérosité, répandue dans cette poche, communiquait avec les eaux qui étaient épanchées dans le bas-ventre. Enfin, les ligaments ronds de la matrice passaient par-dessous cette tumeur.

On peut conjecturer, dit Saviard, que le trou de la descente s'étant à peu près consolidé, la sérosité contenue dans cette poche s'y était épanchée peu à peu du bas-ventre par la petite ouverture que l'on y remarquait.

Cette observation intéressante, que j'ai voulu rapporter en entier, appartenait sans doute à une hernie inguinale, autant qu'on peut le supposer par certains détails. Chassaignac a observé un fait semblable dans lequel l'ouverture de communication permettait l'introduction du doigt dans la cavité abdominale (obs. 81).

J'ai pu rassembler plusieurs autres observations de collections séreuses siégeant dans des sacs herniaires déshabités à la région crurale. Dans la plupart des cas, la cavité du sac communique alors avec l'abdomen par un véritable canal plus ou moins long et sinueux, et dont le diamètre varie. Dans un fait de Dupuytren, que nous rapporterons (obs. 82), les dimensions de l'ouverture permettaient tout au plus d'y introduire, et avec beaucoup de peine, l'extrémité du petit doigt. Mais la communication peut être encore beaucoup plus étroite. C'est ainsi que chez trois malades opérés par Sanson, Chassaignac et Nivet (obs. 80, 102, 109), on pouvait à peine y introduire une sonde cannelée.

Enfin nous citerons le fait suivant qui présente un grand intérêt par la précision des détails anatomiques :

OBS. X (1). — Houel présente à la Société anatomique une pièce provenant d'une femme d'une soixantaine d'années, servant aux préparations anatomiques dans les pavillons de l'École. Une dissection minutieuse montre la tumeur, du volume d'une petite orange, placée entre deux feuillets cellulaires bien distincts, en avant du canal crural droit. L'un de ces feuil-

(1) Houel (*Société anat.*, 21<sup>e</sup> année 1846, p. 169).



lets est le *fascia superficialis* abdominal, l'autre le *fascia superficialis* fémoral. La tumeur est formée par un kyste mince, transparent, mollassé, comme une outre à demi pleine, et contenant un liquide séreux un peu sanguinolent. Elle est libre de partout, sauf de sa partie supérieure et un peu postérieure, où elle offre un pédicule fibreux qui plonge dans le canal crural en se dirigeant vers l'abdomen. Ce pédicule est creux, de façon à permettre l'introduction du stylet par son ouverture supérieure qui communique avec la cavité abdominale ; malgré cela, *on ne peut pas, lorsqu'on laisse les choses bien en place, faire refluer le liquide du kyste jusque dans l'abdomen*. La cavité abdominale renferme aussi un peu de liquide séreux légèrement rouge ; l'épiploon adhère par un point à la paroi abdominale, tout près du canal crural.

Il est inutile d'insister pour faire comprendre toute l'importance pratique de cette disposition anatomique, par suite de laquelle une semblable tumeur, tout en communiquant librement avec la cavité péritonéale, peut cependant paraître parfaitement enkystée. J'aurai à revenir sur ces faits et à attirer de nouveau l'attention sur ces pseudo-kystes de l'aîne, au point de vue du diagnostic et du traitement.

Les parois du sac offrent habituellement une assez faible épaisseur et revêtent les caractères d'une membrane séreuse ; dans d'autres cas, les parois sont épaisses, inégales, constituées par un amas de tissu cellulo-adipeux ; la collection séreuse paraît alors occuper le centre d'une véritable tumeur graisseuse. On a discuté pour savoir si, dans ces cas, la cavité séreuse communiquant avec le péritoine est un ancien sac herniaire qui, après avoir contenu les viscères, s'est rétréci et s'est entouré de graisse, ou bien si la tumeur graisseuse, formée primitivement à l'extérieur du péritoine, a entraîné celui-ci en se développant à l'extérieur et en formant ainsi un diverticule. Dans la première opinion présentée pour la première fois par A. Paré, puis soutenue de nos jours par Bigot (1) et Ber-

(1) Bigot, thèse de Paris 1821, n° 175.

nutz (1), le sac serait un reste de hernie et la tumeur graisseuse qui l'entoure et lui forme une épaisse paroi, serait le résultat même de la guérison, tandis que dans la seconde explication donnée pour la première fois par Scarpa et défendue par Velpeau (2), le diverticule péritonéal qui occupe le centre de la tumeur serait un commencement de sac herniaire produit par le développement de la tumeur graisseuse.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question, que l'on a eu presque toujours, à mon sens, le tort de mal poser, et je serais porté à admettre l'un et l'autre mode d'origine. Ce qui importe, c'est de savoir que des pseudo-kystes, communiquant encore plus ou moins librement avec la cavité abdominale, peuvent se rencontrer au centre de tumeurs graisseuses. J'en citerai quelques exemples.

L'enveloppe graisseuse peut présenter diverses variétés de forme et d'épaisseur. Elle est ordinairement constituée par des masses adhérentes, que séparent des cloisons celluleuses, de manière à donner à la tumeur une surface bosselée, inégale, chagrinée; dans un cas cité par Chassaignac, elle offrait l'aspect de ganglions lymphatiques plus ou moins ramollis (obs. 81).

La surface interne des pseudo-kystes que nous étudions, habituellement lisse et polie, présente dans quelques cas des traces d'inflammation plus ou moins violente; elle est vascularisée, rouge, recouverte de fausses membranes ou de pus.

Enfin le contenu a varié dans sa quantité et ses qualités. Dans l'observation de Saviard on a vu que le pseudo-kyste contenait un demi-setier de sérosité; dans un autre fait dû à Nivet, il renfermait 5 à 6 gros de liquide rougeâtre. Le contenu du kyste est habituellement formé par de la sérosité pure, citrine ou bien légèrement rougeâtre et sanguinolente, ce qui est dû probablement aux tentatives de réduction :

(1) Bernutz, thèse de Paris 1846, n° 193.

(2) Velpeau, *Dictionn.* en 30, t. I, p. 209.

dans le cas de complications inflammatoires, la sérosité est remplacée quelquefois par un liquide séro-purulent ou même purulent. Nous en fournirons plus tard des exemples.

Nous ne terminerons pas ce qui a trait à ces pseudo-kystes, formés par d'anciens sacs herniaires, sans faire remarquer une circonstance singulière, c'est que les six observations complètes que nous avons pu rassembler s'appliquent à des femmes.

---

## II<sup>o</sup> CLASSE.

### DES COLLECTIONS SÉREUSES DE L'AINE NE COMMUNIQUANT PAS AVEC LE PÉRITOINE.

On a vu plus haut que cette classe de tumeurs séreuses pouvait être subdivisée en deux sections, répondant chacune à un mode d'origine différent. Dans certains cas le kyste formé par un appendice du péritoine, et par conséquent primitivement en communication avec lui, s'en est séparé consécutivement, d'autres fois il est tout d'abord indépendant et n'a jamais présenté aucune communication avec la séreuse abdominale.

Nous étudierons sous deux sections différentes : 1<sup>o</sup> les collections séreuses consécutivement indépendantes ; 2<sup>o</sup> les collections séreuses primitivement indépendantes du péritoine.

#### SECTION 1<sup>re</sup>

##### COLLECTIONS SÉREUSES CONSÉCUTIVEMENT INDÉPENDANTES DU PÉRITOINE.

Nous retrouvons ici la même division naturelle qui a été déjà faite à propos des collections séreuses en communication avec le péritoine, c'est-à-dire que le diverticule péritonéal qui devient, en s'isolant de la grande séreuse abdominale, le

siège de la tumeur peut être le vestige d'un état normal et physiologique, comme on l'observe dans certaines variétés d'hydrocèles de la tunique vaginale, ou bien résulter d'un état pathologique, comme dans les hydrocèles enkystées des sacs herniaires. Cette section comprend donc deux espèces : 1° Les hydrocèles enkystées de la vaginale ; 2° les hydrocèles enkystées du sac herniaire.

### 1° Hydrocèles enkystées de la vaginale.

De même que nous l'avons fait pour les hydrocèles congéniales, après avoir étudié les différentes variétés d'hydrocèles enkystées chez l'homme, nous devons rechercher si l'on peut admettre les mêmes variétés chez la femme.

A. *Hydrocèles enkystées de la vaginale chez l'homme.* — Je décrirai, dans ce chapitre, trois variétés d'hydrocèles enkystées de l'aine : 1° l'hydrocèle en bissac de Dupuytren, 2° l'hydrocèle enkystée du cordon, 3° l'hydrocèle inguinale avec cryptorchidie.

1° *Hydrocèle en bissac.* — Cette variété de collection séreuse occupe à la fois l'aine et le scrotum, et remonte dans l'intérieur du canal inguinal jusque derrière la paroi abdominale, mais sans communiquer avec la cavité du péritoine. Décrite par Dupuytren sous le nom d'hydrocèle en bissac, cette affection a été, depuis lors, observée un certain nombre de fois.

Il faut examiner d'abord comment on peut comprendre le mode de développement de cette variété d'hydrocèle.

Quelques auteurs pensent, et c'était l'opinion de Dupuytren, que l'hydrocèle en bissac se produit par suite d'une distension excessive de la tunique vaginale ; le liquide décollerait les enveloppes du cordon et remonterait ainsi plus ou moins haut dans l'intérieur du canal inguinal. On ne saurait accepter cette explication, lorsque l'on considère les cas si

fréquents dont chacun a pu observer quelques exemples, dans lesquels la tunique vaginale est distendue à un degré extrême, au point de présenter presque la dureté d'une tumeur solide, sans que pour cela l'épanchement ait dépassé les limites ordinaires de la séreuse testiculaire.

Pour comprendre le développement de l'hydrocèle en bis-sac, il faut admettre que le liquide de l'épanchement trouve le long du cordon une cavité toute formée, dans laquelle il puisse remonter à travers le canal inguinal. Or, l'existence de cette cavité s'explique parfaitement par un arrêt de développement, en vertu duquel le prolongement péritonéo-vaginal, oblitéré seulement à l'ouverture supérieure du canal inguinal, ou à une hauteur variable dans l'intérieur de ce canal, serait demeuré perméable dans le reste de son étendue, de manière à se continuer librement avec la cavité vaginale. Cet arrêt de développement a été constaté plusieurs fois, et Camper (1) l'avait déjà mentionné. Dans ses recherches sur l'oblitération du canal péritonéo-vaginal, il a trouvé, chez quelques sujets, ce canal fermé du côté du bas-ventre, mais ouvert dans tout le reste de son étendue. J. Cloquet, de son côté, a donné le dessin de deux pièces anatomiques qui jettent le plus grand jour sur cette question.

OBS. XI (2). — L'une de ces pièces, prise sur le cadavre d'un jeune homme, montre le canal de communication oblitéré seulement près de son orifice péritonéal ; le reste formait un tube conoïde très-allongé, et qui, s'élargissant toujours, allait s'aboucher sans rétrécissement apparent avec la tunique vaginale.

OBS. XII (3). — L'autre pièce provenait d'un sujet très-âgé. Le canal, oblitéré en trois points ; se présentait sous la forme d'un cordon fibro-celluleux, renflé de distance en distance par trois cavités séreuses ; les deux supérieures étaient compléte-

(1) Camper (*Kleine Schriften*, t. III, 2<sup>o</sup> part., p. 180.

(2) Malgaigne. *Des tumeurs du cordon*. Thèse concours 1858, p. 6.

(3) *Ibidem*.

ment isolées; l'inférieure communiquait encore avec la tunique vaginale, mais par un passage notablement rétréci.

Enfin, dans une observation déjà citée (obs. 5), et empruntée à la thèse de Ch. Duval, on a pu s'assurer, par l'autopsie d'un enfant de 16 mois, que le conduit péritonéo-vaginal n'était oblitéré que vers sa partie moyenne, la tunique vaginale se prolongeant autour du cordon dans une étendue de 2 centimètres.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure que la variété d'hydrocèle en bissac décrite par Dupuytren doit être attribuée à la persistance d'une partie plus ou moins considérable du conduit péritonéo-vaginal, oblitéré seulement à sa partie supérieure, et se continuant en bas avec la tunique vaginale du testicule. Je n'aurais certes pas tant insisté sur ce point de pathogénie, si l'explication donnée par Dupuytren n'était pas encore admise par quelques chirurgiens éminents, et si nous ne l'avions vue reproduite dans l'article remarquable de Verneuil.

D'ailleurs, je me hâte de dire que cette théorie de l'arrêt de développement a été parfaitement exposée dans la thèse du professeur Malgaigne (1), qui en attribue à tort la priorité à Berger (2); car l'hydrocèle en bissac a été vue et surtout bien comprise par Chelius (3), qui la range parmi les hydrocèles *congénitales* dont elle forme la troisième variété, « *laquelle se produit lorsque la partie supérieure seule du canal de la tunique vaginale est oblitérée et que le liquide s'est amassé au-dessous.* »

Cette question de pathogénie une fois résolue, revenons aux variétés anatomiques de l'hydrocèle en bissac. La collection séreuse offre des différences relatives à la hauteur à la-

(1) Malgaigne. Thèse citée.

(2) Berger. *Comptes rendus des séances de la Société méd.-chir.* de Zurich. (*Gaz. méd.* 1838, p. 24).

(3) Chelius. *Traité de chirurgie*, trad. Pigné, t. 1 p. 150.

quelle elle remonte dans le canal inguinal, ce qui s'explique, comme on vient de le voir, par l'étendue variable de l'oblitération du conduit péritonéo-vaginal. Tantôt le liquide remonte seulement jusque vers le milieu du canal inguinal, comme dans une observation rapportée par Dupuytren, sous un titre assez obscur et qui sera citée plus loin (obs. 87), le liquide remontait à 3 pouces au-dessus de l'anneau. Dans d'autres cas plus fréquents, non-seulement la collection séreuse occupe toute la longueur du canal jusqu'à l'anneau inguinal interne, mais encore elle refoule le péritoine et forme ainsi une tumeur intra-abdominale. J'ai pu rassembler quelques exemples de cette singulière affection.

OBS. XIII (1). — On reçut, en 1824, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui présentait un exemple remarquable d'hydrocèle en bissac. Une portion de la tumeur occupait le scrotum, tandis que l'autre était située dans l'abdomen et se dilatait au-dessus de l'anneau. Ce dernier était le siège d'un rétrécissement mitoyen. Lorsque le malade était debout, la partie apparente de la tumeur se remplissait davantage; s'il toussait, elle se tendait; elle se vidait au contraire lorsque le sujet se couchait horizontalement ou lorsqu'on la comprimait. Alors la partie abdominale de la tumeur et la région iliaque droite qu'elle occupait s'élevaient et devenaient plus volumineuses. La transparence de la tumeur externe, la manière dont elle s'était développée, caractérisaient assez une hydrocèle dans laquelle la tunique vaginale, en s'étendant, avait remonté vers l'anneau, et l'ayant dépassé, s'était dilatée de nouveau dans l'abdomen.

En laissant de côté l'explication donnée par Dupuytren, ce fait me paraît évidemment se rattacher à la variété d'hydrocèle que j'étudie. En voici d'autres exemples encore mieux caractérisés. Le suivant est curieux en ce que l'affection existait à un degré différent des deux côtés.

OBS. XIV (2). — Homme de 24 ans, n'ayant jamais eu de hernie ni de tumeurs des bourses. Depuis deux ans, à la suite d'un

(1) Dupuytren. *Leçons orales*, t. IV, p. 196.

(2) Fano. *Société de chirurgie*, 6 décembre 1853.

coup de pied d'âne, tuméfaction du scrotum qui a augmenté sans douleur.

Les deux bourses présentent un volume considérable. Chacune est constituée par une tumeur ovalaire ayant environ 18 ou 20 centimètres dans son grand diamètre et 10 centimètres dans le diamètre transversal. Du côté droit la tumeur est molle, fluctuante, d'une pesanteur peu considérable. Le volume des deux tumeurs empêche de juger de la transparence. Elle se prolonge au-dessus du pubis, à environ 5 à 6 centimètres, suivant la direction du canal inguinal. Par la percussion de l'abdomen, il est facile d'en déterminer les limites. Une pression alternative sur la partie inférieure et sur la partie supérieure donne la sensation d'un flot de liquide non douteux.

Du côté gauche la tumeur offre les mêmes caractères. La portion qui se prolonge dans l'abdomen remonte plus haut de 1 ou 2 centimètres environ ; elle est moins tendue que la portion correspondante droite, ce qui tient sans doute à une eschare formée à la partie inférieure de la tumeur par laquelle le liquide aura filtré. De ce côté il y a eu suppuration et la tumeur a été ouverte. Le doigt, promené dans la cavité purulente, remonte jusqu'au delà de l'anneau inguinal. La guérison de ce côté a été complète seulement au bout de plusieurs mois.

On ponctionne l'hydrocèle du côté droit qui est restée stationnaire. Issue d'un liquide parfaitement transparent. Nouvelle ponction cinq semaines après, suivie d'une injection iodée. Moins d'un mois après, la tumeur se reproduit de nouveau. Ponction suivie d'une injection de vin chaud. A la suite d'une réaction inflammatoire assez vive, l'ouverture du trois-quarts resta fistuleuse. Incision large des téguments. Guérison six semaines après.

A cette époque, on trouva du côté droit l'anneau inguinal externe manifestement dilaté. Lorsque le malade tousse, il se forme dans ce point une tumeur parfaitement réductible et qui a tous les caractères d'une hernie. Du côté gauche, au niveau de l'anneau inguinal externe, on constate une impulsion pendant les efforts de toux, mais il n'existe dans ce point aucune tumeur appréciable.

Dans l'observation qu'on va lire, la nature de la maladie a été vérifiée par l'autopsie :



Obs. XV (1). — Un homme, âgé de 35 ans, vient mourir à l'infirmerie royale d'Edimbourg. On s'était aperçu, peu avant sa mort, qu'il portait une large tumeur occupant les deux côtés du scrotum. L'affection existait depuis plusieurs années. Le malade (qui était chirurgien) avait pensé que c'était une hernie, et portait un double bandage.

L'examen incomplet que l'on put faire avant la mort, permit de supposer que l'on avait affaire à une double hydrocèle, avec cette particularité que, du côté gauche, la tumeur s'étendait dans le canal inguinal; il existait en outre au-dessus du ligament de Poupart une grosseur, et par des pressions alternatives la fluctuation se transmettait de celle-ci à la tumeur scrotale.

A l'autopsie, on reconnut que la poche unique du côté droit s'était bornée à refouler le testicule, mais à gauche elle occupait le canal inguinal et s'étendait sous le péritoine à toute la fosse iliaque correspondante, repoussant en avant la paroi antérieure de l'abdomen. Le liquide ne remplissait pas exactement les deux cavités, refluaît sous la pression de l'une dans l'autre, de la portion abdominale dans la scrotale. Le liquide était brunâtre avec de nombreuses parcelles de cholestérine, comme dans les vieilles hydrocèles. La membrane d'enveloppe n'était autre que la tunique vaginale. Il n'y avait pas de hernie.

Ribéri (2) a rencontré trois cas d'hydrocèle en bissac dans lesquels la collection séreuse constituait une double tumeur dans l'aîne et dans la région iliaque, et même, chez l'un de ses malades, la portion abdominale de la tumeur était si volumineuse qu'elle refoulait la vessie vers le côté opposé.

La variété d'hydrocèle dont je viens de rapporter quelques exemples peut, comme l'hydrocèle ordinaire, se transformer en hématocele. Peut-être en était-il ainsi dans l'observation de Lister, citée plus haut, quoique l'auteur nous dise que le liquide était semblable à celui des vieilles hydrocèles.

(1) Lister. Edinburg, méd. journ. septembre 1853, n° 326, et *Gaz. hebdom.* t. IV, 1857, p. 11.

(2) Ribéri. *Raccolta delle opere minori*, etc. Torino, 1851.

Mais les deux faits suivants, les seuls que je connaisse, se rapportent manifestement à des hydro-hématocèles en bissac. ils ont été publiés par J. Rochard (1); le premier a été observé par Huguier.

Obs. XVI. — Le malade était atteint depuis six ans d'une tumeur du scrotum. Elle s'était accrue lentement, sans gêne ni douleur. Au bout de trois ans, un médecin consulté reconnut l'existence d'une hydrocèle de la tunique vaginale, et en fit la ponction suivie d'une injection iodée. Disparition momentanée de la tumeur. Mais au bout de quelque temps elle se reproduisit et reprit son volume primitif.

Peu de temps avant son entrée à l'hôpital, le malade avait ressenti tout à coup dans le scrotum, à la suite d'un effort violent, une douleur vive s'irradiant dans la région lombaire. Accroissement rapide de la tumeur qui, à l'entrée du malade, égalait le volume de la tête d'un fœtus à terme. Une large ecchymose couvrait les bourses et la verge réduite au plus petit volume. La tumeur tendue, rénitente, se prolongeait à travers le canal inguinal jusque dans l'abdomen, dont le côté gauche, fortement distendu, présentait une saillie piriforme à grosse extrémité supérieure, d'une matité absolue dans une étendue de 7 centimètres en tous sens. Les deux tumeurs, séparées par un étranglement correspondant au canal inguinal, représentaient assez bien une callebasse. On diagnostique une hydro-hématocèle. Applications résolutives sur la tumeur; disparition de l'ecchymose et diminution du gonflement. On put alors faire refluer en partie le liquide d'une des tumeurs dans l'autre par des pressions alternatives. Huguier pratiqua une ponction qui donna issue à 750 grammes d'un liquide brunâtre avec des reflets irisés.

Au bout de dix jours, nouvelle ponction; issue de 450 gr. de sérosité limpide et transparente. On essaye à deux reprises et à treize jours d'intervalle la méthode de Schuster (électropuncture, suivie de l'emploi de compresses trempées dans la teinture de digitale); amélioration momentanée. Huguier se décide à recourir à l'injection vineuse. Guérison radicale.

Le second fait a été observé par J. Rochard.

(1) J. Rochard. *Union médicale* 1860. Nouvelle série, t VII, p. 359.

OBS. XVII. — Homme de 51 ans, pâle, amaigri, épuisé par la misère. Il ne peut fournir que des renseignements très-vagues sur ses antécédents. Il fait remonter sa maladie à huit ans. Il est entré à l'hôpital, deux ans après, pour une orchite blennorrhagique du côté gauche, et il portait alors une hernie inguinale de ce côté, pour laquelle il a fait usage d'un bandage. Depuis cette époque, il a subi deux opérations, peut-être deux ponctions, à quelques mois d'intervalle. Il y a neuf mois environ, à la suite d'un effort, il a ressenti une douleur vive à la partie supérieure du scrotum; la tumeur a augmenté de volume et a gagné de proche en proche jusqu'à l'abdomen, qui a commencé à se développer.

Le scrotum renferme une tumeur ovoïde, à grosse extrémité inférieure, descendant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse et se continuant dans la direction du canal par un prolongement cylindroïde avec une seconde tumeur située dans l'abdomen, dont elle repousse la paroi antérieure. Celle-ci remonte jusqu'à l'ombilic, dépasse à droite la ligne médiane, s'enfoncé profondément dans la fosse iliaque gauche, et cesse d'être accessible au toucher. Les deux tumeurs réunies présentent dans le sens vertical une longueur de 40 centimètres, dont 17 pour la supérieure et 23 pour l'inférieure. La circonférence de cette dernière est de 45 centimètres; l'autre en mesure 24 dans la partie qu'on peut circonscrire. Elles sont toutes deux également dures et rénitentes; la plus forte pression ne peut en faire varier les dimensions réciproques. La matité est complète; les vibrations imprimées aux tumeurs se transmettent de l'une à l'autre; la transparence est nulle. A la surface de la tumeur scrotale, on voit de légères bosselures correspondant à des points dépressibles de l'enveloppe, qui présente partout ailleurs la dureté d'un corps solide. Le toucher distingue nettement dans l'épaisseur de la tunique vaginale des plaques étendues, offrant la résistance du tissu osseux. La portion pénienne de l'urèthre est fortement déviée à droite par le développement de la tumeur, ce qui gêne l'émission de l'urine. Le poids de cette masse scrotale ne dépasse pas celui d'une hydrocèle d'un grand volume. Elle est du reste indolente et insensible aux plus fortes pressions. On diagnostique une collection liquide siégeant dans la tunique vaginale, ayant remonté le long du canal inguinal et s'étant développée dans la cavité abdominale.

Ponction à la partie la plus déclive et dans le point le moins résistant de la tumeur. Après incision des enveloppes couche

par couche, dans une étendue de 2 centimètres, on voit jaillir un petit jet de liquide, et on enfonce le trocart. Écoulement de 2,940 grammes d'un liquide brun-verdâtre, qui laisse déposer par le refroidissement des masses fibreuses et de petits lambeaux de fausses membranes. Il se coagule et se prend en masse sous l'influence de la chaleur. L'acide azotique y démontre aussi la présence d'une forte proportion d'albumine. Sa réaction est légèrement alcaline; sa densité est de 1,030.

A la suite de la ponction, la tumeur abdominale s'est affaissée; celle du scrotum s'est aplatie dans le sens transversal. Les deux moitiés latérales de la tunique vaginale se sont appliquées l'une à l'autre comme les deux valves d'une coquille dont elles ont la dureté. Le testicule, difficile à distinguer, est volumineux et induré. On ne distingue plus le moindre vestige de hernie.

Le lendemain, la tumeur du ventre est revenue sur elle-même et n'a plus que le volume d'un œuf. Elle s'est vidée dans la portion scrotale qui a repris à peu près son volume primitif. Le trocart est introduit de nouveau par la même ouverture. Issue de 300 grammes d'un liquide semblable à celui qui s'est écoulé la veille.

Le troisième jour, la même opération en évacue encore 200 grammes. Il est un peu plus rouge, mélangé à des gaz, et commence à présenter une certaine fétidité. Il n'est survenu, du reste, aucun accident. Quelques injections avec l'eau chlorurée.

Le quatrième jour, nouvelle ponction suivie d'une injection d'iode au sixième. A partir de ce moment, elles sont renouvelées tous les jours, en augmentant progressivement la quantité relative de teinture d'iode, portée en dernier lieu à la moitié. Le liquide devient peu à peu franchement purulent, mais il reste fétide et mélangé à des gaz. Sa quantité diminue de jour en jour, et la cavité se rétrécit.

Au bout de quarante jours, il ne s'écoule plus à chaque pansement que 20 à 30 grammes de pus crémeux, homogène, sans odeur. La tumeur abdominale est réduite à un petit prolongement conique, très-dur, qui surmonte le canal inguinal encore très-volumineux; celle du scrotum est revenue sur elle-même. Le canal de communication s'est rétréci au point de ne laisser passer qu'avec difficulté une sonde en gomme élastique n° 15. Injections iodées aux deux tiers de deux jours en deux jours. On met même une fois de la teinture d'iode pure, mais

on y renonce, en raison de la douleur très-vive qu'elle a causée. Deux petits abcès survenus dans l'épaisseur du scrotum nécessitent un débridement assez étendu de la coque vaginale. Enfin, soixante-cinq jours après la première ponction, il ne s'écoule plus que quelques gouttes de pus, et le malade peut être considéré comme guéri.

J'ai tenu à rapporter presque textuellement cette observation, malgré sa longueur, en raison du soin avec lequel elle a été recueillie et des détails intéressants qu'elle renferme. Elle montre l'hydro-hématocèle en bissac ayant acquis un volume vraiment énorme et s'accompagnant d'épaississement et de transformation de la tunique vaginale, guérie à la suite d'un traitement long, difficile et habilement conduit.

Outre la complication d'hématocèle, l'hydrocèle en bissac devient quelquefois le siège d'une inflammation plus ou moins vive qui peut se terminer par suppuration. On en a déjà vu un exemple dans le fait de Fano, cité plus haut ; j'en rapporterai plus tard un second, publié dans la clinique de Dupuytren (voy. obs. 87).

Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'hydrocèle en bissac simple et des modifications qu'elle peut présenter dans la structure de ses parois ou dans les qualités du liquide qu'elle renferme ; mais il est une complication qui intéresse au plus haut point le chirurgien et qui mérite qu'on s'y arrête quelques instants ; je veux parler de la hernie qui se produit dans ces circonstances.

Les rapports qu'affecte alors le sac herniaire avec la tunique vaginale peuvent devenir la cause de difficultés très-grandes et même d'erreurs fatales, soit dans le diagnostic, soit pendant l'opération de la kélotomie, par suite de la physionomie toute particulière qu'ils impriment aux parties malades.

On conçoit facilement comment l'hydrocèle en bissac, en dilatant le canal inguinal et les anneaux, doit prédisposer à la formation d'une hernie. Lorsque celle-ci se produit, elle

présente deux formes principales : tantôt le sac herniaire glisse en arrière et est recouvert à sa face antérieure par la tunique vaginale. Dupuytren a observé cette disposition dans le fait suivant :

Obs. XVIII (1). — Un homme entra à l'Hôtel-Dieu avec tous les symptômes d'une hernie inguinale étranglée; la tumeur descendait jusqu'au bas du scrotum; elle était piriforme, d'un grand volume, fluctuante en quelques points, mais on sait que cette fluctuation se rencontre en beaucoup de hernies. L'opération jugée nécessaire, Dupuytren fit une longue incision depuis l'anneau jusqu'au bas du scrotum, ouvrit largement le sac, et ne fut pas peu surpris d'en voir sortir une quantité de sérosité évaluée à une demi-livre. Mais son étonnement fut bien autre quand, ayant porté le doigt dans le prétendu sac, il n'y trouva ni viscères, ni ouverture à sa partie supérieure, qui se terminait par un cul-de-sac parfaitement arrondi. Était-ce un kyste développé au devant de la hernie? Le testicule flottant au bas de la poche montra qu'on avait pénétré dans la tunique vaginale même. Le sac était en arrière; il fallut l'inciser à son tour.

Les rapports entre l'hydrocèle et la hernie sont encore bien mieux précisés dans l'observation qu'on va lire. Elle montrera de plus comment il peut se faire que, le sac s'étant rompu, l'intestin passe dans la tunique vaginale et vienne s'étrangler sur le pourtour de la déchirure. On s'étonne seulement que le célèbre chirurgien, qui connaissait bien l'hydrocèle en bissac, ait cru avoir affaire, dans ce cas, à une hydrocèle ordinaire. La lecture attentive de l'observation précédente et surtout de la suivante prouve, à n'en pas douter, que l'hydropisie occupait à la fois la séreuse testiculaire et celle du cordon oblitérée seulement au niveau de l'anneau abdominal.

Obs. XIX (2). — Un homme est opéré à l'Hôtel-Dieu pour

(1) Dupuytren. *Leçons orales*, t. III, p. 606.

(2) Dupuytren. *Loc. cit.*, t. III, p. 608.

une hernie inguinale, étranglée. Sous la peau et sous quelques couches disposées en feuillets était un sac dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente. L'intestin était livide; il paraissait étranglé par un anneau situé à peu près au niveau de celui du grand oblique. On débride cet anneau, et on laisse l'intestin au dehors. Le malade succombe quelques jours après.

A l'ouverture, nous trouvâmes une poche très-considérable au bas de laquelle était le testicule, se prolongeant en haut au-dessus de l'anneau entre les muscles oblique externe et oblique interne, et contenant l'anse d'intestin noire, gangrénée, perforée. La paroi postérieure de cette poche était soulevée par une tumeur cylindrique, verticalement dirigée, et ressemblant assez bien à un intestin grêle. Nous entamons cette tumeur; quel n'est pas notre étonnement de voir que c'était un sac herniaire! Ce sac était vide, épais de deux lignes, très-dense, fibreux, offrant un point d'ossification. Sa paroi antérieure, adossée à la paroi postérieure de la première poche, était percée par une ouverture presque immédiatement au-dessous de l'anneau.

Nous croyions tous à l'existence d'une hernie double du même côté, lorsque Lallemand, ayant voulu s'exercer à l'opération de la hernie de l'autre côté, parvint dans une poche lisse, remplie de sérosité, s'étendant jusqu'à l'anneau. La paroi postérieure de cette poche était soulevée par une saillie verticale tout à fait semblable à celle du côté opposé; le doigt porté derrière l'anneau pénétra dans cette poche qui était un sac herniaire vide. Dès lors, tout fut expliqué; une hydrocèle et une hernie existaient à droite comme à gauche; l'hydrocèle était placée devant, et le sac herniaire derrière; l'hydrocèle s'étendait jusqu'à l'anneau et même au-dessus de l'anneau entre les muscles obliques; la paroi postérieure de la tunique vaginale et l'antérieure du sac s'étaient accolées; un effort avait déterminé la déchirure de la partie supérieure des parois adossées de l'hydrocèle et du sac, l'intestin avait passé du sac dans la tunique vaginale; l'étranglement était produit par cette déchirure.

D'après Dupuytren, des faits semblables auraient été observés par Sander (d'Altenbourg), Neubaur et Beckers.

La hernie qui complique l'hydrocèle en bissac peut affecter d'autres rapports avec la tunique vaginale, et se présenter

sous une autre forme. Au lieu de se glisser en arrière, de manière à être seulement recouvert en avant par la séreuse du testicule et du cordon, le sac herniaire vient quelquefois faire saillie dans la cavité vaginale, en sorte qu'il est entouré complètement par la séreuse et baigne de toutes parts dans le liquide de l'hydrocèle. C'est cette forme de hernie que A. Cooper a décrite sous le nom de *hernie enkystée de la tunique vaginale*, et qui diffère assez de celle qui a été signalée précédemment pour qu'on doive l'en distinguer nettement.

Il est vrai que parmi les quatre observations d'A. Cooper on en trouve deux (obs. 262 et 264) dans lesquelles l'absence de précision dans les détails laisse subsister quelques doutes, relativement aux rapports exacts du sac herniaire avec la tunique vaginale ; on peut se demander, en effet, si dans ces cas il ne s'agissait pas de la variété de hernie que j'ai décrite plus haut d'après Dupuytren. L'observation 261<sup>e</sup> me paraît beaucoup plus explicite, et je regrette de la voir interprétée d'une manière différente par Malgaigne (1). Le savant professeur, rapportant ce fait, dit que le sac herniaire était en arrière de l'hydrocèle, tandis que je lis dans A. Cooper : « *Après l'ouverture de la poche, on vit un sac herniaire provenant de l'anneau et descendant vers le testicule.* » Mais la confusion n'est pas possible dans l'obs. 256 d'A. Cooper que je vais rapporter :

Obs. XX (2).—Un homme de 37 ans entre à l'hôpital de Guy avec les accidents d'une hernie étranglée. Les symptômes du côté de la tumeur étaient assez équivoques. On se décide à l'opération. Après l'incision de la peau, du *fascia superficialis* et de l'aponévrose du grand oblique, on ouvrit la cavité de la tunique vaginale : il s'en échappa une petite quantité de liquide et l'on aperçut le testicule à la partie inférieure du canal inguinal, à environ un demi-pouce de l'anneau.

(1) Malgaigne, thèse citée, p. 8.

(2) A Cooper, *OEuvres* ; trad. franç., obs. 256.



La tunique vaginale étant dilatée permet de voir distinctement le sac herniaire qui sortait à travers l'anneau abdominal et pénétrait dans la cavité de la tunique vaginale, descendant à environ 1 pouce au dessous de l'anneau inguinal...

Le malade étant mort, on vit le sac herniaire qui se trouvait dans l'intérieur de la tunique vaginale, laquelle pouvait être suivie en haut jusque sur le collet du sac qu'elle entourait complètement. La capacité de la tunique vaginale était accrue, mais à sa partie supérieure, ses parois avaient contracté entre elles des adhérences solides et résistantes, et elle ne conservait aucune communication avec l'abdomen.

On pourrait encore rattacher à cette variété de hernie un cas de Hey, qu'il a décrit sous le nom de *hernie infantile* (2), et un autre fait de Méry, que je citerai plus loin (obs. 108). Je rapporterai seulement presque textuellement une observation publiée tout récemment par Bourguet, d'Aix, et qui, par les détails très-complets qu'elle renferme, peut servir de type pour la forme de hernie que j'étudie ici, et que l'auteur propose de nommer *hernie à double sac*.

Obs. XXI (1). — Jeune homme de 22 ans, portant depuis l'âge de 17 ans une hernie inguinale assez mal contenue par un bandage, mais se réduisant toujours facilement. Sous l'influence d'un effort, la hernie sort, et ne peut être réduite. Les tentatives de taxis faites par le malade et par les chirurgiens restent infructueuses. Accidents d'étranglement.

Du côté de l'aîne on trouve une tumeur plus volumineuse que le poing, de forme ovoïde, remplissant complètement le scrotum, distendant le canal inguinal, et se continuant jusque dans la cavité abdominale. La partie inférieure de cette tumeur est molle, fluctuante, presque entièrement insensible à la pression, *transparente*: la partie supérieure, au contraire, est distendue, surtout à mesure qu'on s'élève et se rapproche de l'orifice supérieur du canal inguinal, plus sensible à la pression, dure, non fluctuante, non transparente. Le testicule est confondu avec le reste de la tumeur; cependant, à la pression et à l'examen avec la bougie,

(1) Hey. *Practical obs. in surgery*, 1814, p. 226.

(2) Bourguet, d'Aix. *Mémoire sur une variété de hernie inguinale rare et peu connue. Gaz. hebdomadaire*, 1864, p. 722, 740, 757, 802, 819.

on reconnaît qu'il occupe sa place habituelle en dedans et en arrière.

On se décide à l'opération. Incision étendue depuis le milieu du trajet inguinal jusque sur la partie moyenne du scrotum. Un sac est mis à nu et ouvert avec la pointe du bistouri. Il s'écoule environ 100 grammes de sérosité citrine et transparente. L'incision ayant été agrandie en haut et en bas, la cavité de ce sac présente une étendue extrêmement considérable, remonte en haut jusque au-dessus de l'anneau inguinal dans lequel elle s'engage, descend en bas jusqu'à la partie inférieure du scrotum et renferme : 1° en bas, en dedans et en arrière, le testicule complètement à nu ; 2° en haut, au niveau de l'anneau inguinal, sortant de cet anneau et le dépassant en bas de 5 à 6 centimètres, une tumeur de forme irrégulièrement ovoïde, complètement séparée du testicule, dont elle est distante d'environ deux travers de doigt, légèrement bosselée à l'extérieur, ne présentant de solution de continuité dans aucun point, lisse et tapissée partout par une séreuse, offrant en un mot les caractères de l'intestin. Cette tumeur, placée en dehors et en avant du cordon des vaisseaux spermatiques, se prolonge manifestement dans l'intérieur du canal inguinal et dans l'abdomen. En dedans, elle paraît adhérer assez fortement au pourtour de l'anneau inguinal, tandis qu'en dehors, le doigt peut s'insinuer entre elle et la circonférence de cet anneau, presque jusqu'à la hauteur de l'anneau abdominal, l'épanchement séreux remontant plus haut en dehors dans l'intérieur du canal inguinal. Le doigt, promené autour du pédicule de cette tumeur, est arrêté de tous côtés, et ne peut en aucune manière être introduit dans la cavité abdominale. Les parois très-minces à la partie interne et inférieure, un peu plus épaisses du côté externe, augmentent encore d'épaisseur et de densité, à mesure qu'on s'élève et qu'on se rapproche de l'orifice supérieur du canal inguinal. Enfin tout à fait en bas, on y distingue un peu de fluctuation. Partout ailleurs cette tumeur est flasque et affaissée sur elle-même ; sa coloration est peu marquée, presque blanchâtre ; on y aperçoit sur plusieurs points de très-grosses veines serpentant de haut en bas, très-superficielles, non anastomosées en arcades, offrant un calibre sensiblement plus considérable en haut qu'en bas.

On croit que cette tumeur est une hernie du cæcum, et on tente sans succès la réduction en masse ; alors, on cherche à attirer la tumeur à l'extérieur. Mais pendant les tractions une

déchirure se produisit à la partie interne de la tumeur, point où elle était plus mince, et par cette déchirure, il s'écoula une petite quantité de sérosité. Cette ouverture agrandie avec l'ongle, on put apercevoir une anse d'intestin grêle, longue de 8 à 10 centimètres, fortement violacée, mais sans traces de gangrène, qui paraissait étranglée par le collet du sac au niveau de l'anneau supérieur. Dès lors, tous les doutes furent dissipés. Un débridement en haut et en avant permit de réduire l'intestin. Le sac apparut alors avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec son corps déchiré à sa partie interne, son fond intact et son collet divisé dans une certaine étendue. Cet organe formait une tumeur longue de 7 à 8 centimètres, irrégulièrement ovoïde, à grosse extrémité supérieure. Les parois étaient plus épaisses en dehors qu'en dedans; aux environs du collet, il avait près d'un demi-travers de doigt d'épaisseur, tandis qu'à sa partie inférieure, il était réduit dans quelques points, particulièrement en dedans, à l'épaisseur d'une feuille de papier. Tout à fait en bas, il se terminait par un cul-de-sac imperforé, ressemblant à un gros pis de vache, faisant saillie dans la tunique vaginale agrandie et remplie de liquide, qui avait été prise tout d'abord pour le sac herniaire.

On fit l'excision du sac après ligature préalable. Le malade guérit.

Telles sont, les deux variétés de hernie qui peuvent compliquer l'hydrocèle en bissac et sur lesquelles je n'ai par craint de m'arrêter assez longuement, en raison de l'intérêt qui se rattache à l'étude des faits rares. Je ne veux pas encore abandonner ce sujet sans revenir en quelques mots sur la pathogénie de la *hernie enkystée de la tunique vaginale*. A. Cooper, en effet, n'avait pas bien compris le mécanisme de sa formation; pour lui c'était une hernie congénitale se produisant dans le bout supérieur du canal péritonéo-vaginal oblitéré seulement à sa partie moyenne, au niveau de l'anneau inguinal externe, et ouvert à sa partie supérieure; hernie funiculaire dont le sac aurait été refoulé comme un doigt de gant dans la tunique vaginale même, qui lui formerait ainsi une deuxième enveloppe ou un double sac.

Le professeur Malgaigne (1) a, le premier, combattu cette théorie, qu'il regarde comme inexacte et démentie par les observations mêmes de Cooper. Il pense qu'il n'est pas besoin que la hernie soit congénitale, et qu'au contraire une hernie ordinaire a plus de facilité à se produire, à glisser en arrière de l'hydrocèle ou à venir faire saillie dans la cavité vaginale, qu'une hernie congénitale dont le sac adhérerait au sommet de l'hydrocèle. Et, en effet, rien dans les faits d'A. Cooper ne prouve qu'il y ait eu une hernie congénitale funiculaire; d'autre part, dans un certain nombre de cas, il est dit que la tunique vaginale se prolongeait le long du cordon et entourait complètement le sac, comme dans l'observation de Bourguet, d'Aix. Il me paraît donc manifeste que Malgaigne a parfaitement saisi le mécanisme de cette forme de hernie. Quoiqu'il n'ait peut-être pas suffisamment distingué le cas où elle se fait en arrière de la tunique vaginale de celui où elle vient faire saillie dans la cavité de celle-ci, il a montré que, dans les deux observations de Dupuytren et d'A. Cooper, ces chirurgiens avaient eu affaire à une hydrocèle en bissac et que la hernie était une hernie ordinaire, ayant glissé en arrière de la tunique vaginale distendue, ou ayant déprimé ou refoulé celle-ci, de manière à s'en coiffer comme d'un nouveau sac. C'est donc avec surprise que j'ai vu Bourguet, d'Aix, développant longuement cette théorie dans le mémoire qui suit l'observation citée plus haut, ne pas mentionner les idées émises à ce sujet dans la thèse du professeur Malgaigne, et se borner à citer quelques lignes empruntées à son *Anatomie chirurgicale*, ajoutant qu'elles semblent contenir en germe cette théorie. Cette rectification, que la justice me commandait, n'ôte rien au mérite du travail de Bourguet, qui a su étendre et compléter, par sa propre observation, l'histoire auparavant encore obscure de cette forme de hernie.

(1) Malgaigne, thèse citée.

2° *Hydrocèle enkystée du cordon.* — Les auteurs admettent deux variétés d'hydrocèle du cordon, l'hydrocèle par infiltration ou hydrocèle diffuse et l'hydrocèle enkystée. La première, dont l'histoire me paraît entourée d'une assez grande obscurité, consisterait essentiellement dans un œdème du cordon ; elle n'appartient donc pas à notre sujet et doit être laissée complètement de côté pour le moment.

L'hydrocèle enkystée du cordon mérite au contraire d'attirer toute notre attention ; toutefois nous n'avons à nous occuper ici que des kystes du cordon siégeant dans la région inguinale, et nous négligerons ceux qui, nettement isolés du canal inguinal, appartiennent aux bourses.

Une première question qui se présente est celle du siège anatomique de ces kystes. On a dit que ceux-ci pouvaient se développer dans le tissu cellulaire du cordon, comme dans tous les organes à texture celluleuse. Le fait est possible, et sans le nier complètement, on peut dire que rien ne démontre qu'il en soit ainsi. Et pourquoi, en effet, invoquer une pathogénie douteuse, lorsqu'on trouve dans cette région une disposition anatomique qui rend parfaitement compte du mode de développement de collections séreuses enkystées ? On a vu, d'après les recherches de Camper et celles de J. Cloquet, que le canal péritonéo-vaginal présente assez fréquemment des oblitérations partielles plus ou moins multipliées, d'où résultent une ou plusieurs cavités séreuses complètement isolées, qui en devenant le siège d'une exhalation de sérosité, constitueront autant de kystes séreux ; les dissections de Curling confirment encore cette opinion. D'ailleurs, on retrouve souvent, au-dessus ou au-dessous de ces kystes, des traces du cordon fibreux qui a remplacé la partie oblitérée du canal.

Je n'hésite donc pas à admettre, comme la plupart des auteurs modernes, que les kystes inguinaux du cordon se développent le plus souvent dans l'intérieur de poches séreuses représentant des vestiges du canal péritonéo-vaginal incomplé-

tement oblitéré. Je ne parle pas, en ce moment, des kystes inguinaux provenant d'anciens sacs herniaires ne communiquant plus avec l'abdomen ; j'aurai à y revenir plus tard.

Les exemples de kystes du cordon contenus dans l'intérieur du canal inguinal ne sont pas très-fréquents. J'en ai cependant rassemblé quelques-uns que je rapporterai à l'occasion de leur diagnostic. Je me bornerai à mentionner les particularités anatomiques qu'ils peuvent présenter.

Ils siègent plus ou moins haut dans l'intérieur du canal inguinal, mais en général ils se rapprochent de l'anneau externe du grand oblique à travers lequel ils viennent faire une saillie plus ou moins considérable. Leur forme est ronde ou oblongue. Le liquide qu'ils contiennent, habituellement clair et limpide, quelquefois jaunâtre ou verdâtre, peut contenir du sang, en quantité variable ; il y a, dans ce cas, transformation de l'hydrocèle en hématoçèle enkystée du cordon. Celle-ci paraît assez rare. Curling (1) en a cité deux cas ; mais on ne sait pas au juste s'il s'agissait de véritables kystes inguinaux. Béraud (2) a aussi publié une observation d'hématoçèle enkystée du cordon, située en dehors du canal inguinal, et que je passe sous silence.

Dans le fait suivant, l'hématoçèle se prolongeait à travers l'anneau du grand oblique ; il existait en même temps une hydrocèle de la tunique vaginale avec engorgement du testicule.

OBS. XXII (3). — Homme de 50 ans : tumeur du côté droit du scrotum, piriforme, à base inférieure, remontant jusque dans l'anneau inguinal, élastique et fluctuante dans la plus grande partie de son étendue, quasi indolente à la pression ; à sa partie postérieure on sentait le testicule tuméfié et inégal. Le malade rapportait l'origine de cette affection à un violent effort qu'il avait fait quelques jours auparavant, et qui avait été suivi de

(1) Curling. *Maladies des testicules*, trad. franç., p. 275.

(2) Béraud. *Mém. sur l'hématoçèle*, *Archives*, 4<sup>e</sup> série, t. XXV, p. 299.

(3) Cabaret. *Revue méd.-chir.*, t. I, p. 53.

L'apparition subite d'une petite tumeur ayant augmenté graduellement. Irréductibilité; aucun trouble intestinal. On constate, au moyen d'une lumière, que la tumeur est transparente à sa partie inférieure et nullement à sa partie supérieure. Après avoir écarté l'idée d'une hernie, on diagnostique une hématocele du cordon spermatique, compliquée d'hydrocele de la tunique vaginale et d'engorgement du testicule.

Ponction de l'hydrocele et évacuation de sérosité limpide. Après une seconde ponction on fait une injection iodée. Pour la partie supérieure de la tumeur, après avoir usé des résolutifs, on pratique une incision sur toute la longueur du cordon; on pénètre dans une cavité contenant du sang partie fluide, partie coagulé. Guérison vingt-cinq jours après.

En même temps qu'il existe un kyste dans l'intérieur du canal inguinal, on peut en rencontrer d'autres au-dessous, le long du cordon spermatique; on trouve même quelquefois simultanément avec un ou plusieurs kystes du cordon une hydrocele de la tunique vaginale. « J'ai vu souvent, dit Ledran (1), des tumeurs aqueuses, grosses comme des grains de raisin, placées d'espace en espace le long du cordon spermatique, accompagner une véritable hydrocele, placée sur le corps du testicule. » P. Pott (2) a rapporté deux observations de kystes intra-inguinaux, compliqués d'hydrocele de la tunique vaginale. D'après Curling (3), il y a au collège de l'hôpital de Londres deux exemples de cette double lésion: sur l'une des pièces, la tunique vaginale est restée non oblitérée dans l'étendue d'environ 6 centimètres le long du cordon spermatique, et l'hydrocele enkystée se voit immédiatement au-dessus d'elle; sur l'autre, on voit que les deux poches ont été enflammées, car elles contiennent des fausses membranes, et le testicule est volumineux.

C'est sans doute un cas de cette nature qui a été décrit par Henkel (4).

(1) Ledran. *Opérat. de chirurgie*, p. 178.

(2) P. Pott. *Œuvres chirurgicales*, trad. française, t. II, p. 68 et 70, 1777.

(3) Curling. *Loc. cit.*, p. 215.

(4) Rougemont. *Traduction du traité des hernies de Richter*, t. I, p. 63.

OBS. XXIII. — Il trouva, en disséquant un homme mort à la Charité de Berlin, trois hydrocèles du même côté; l'une dans la tunique vaginale du testicule, la deuxième à la partie postérieure du cordon spermatique; enfin la troisième, *dans le tissu cellulaire du péritoine* (?), 2 pouces plus haut que l'anneau, sortant par cette ouverture et formant une tumeur du volume d'un gros œuf de poule; cette tumeur disparaissait par la pression et reparaisait promptement dès qu'on cessait de la comprimer. On ne pouvait pas, dit-il, distinguer exactement avant la dissection qu'il y avait trois sacs remplis d'eau.

L'hydrocèle enkystée du cordon peut encore se compliquer de la présence d'une hernie; et celle-ci tantôt reste au-dessus du kyste et en demeure éloignée, tantôt vient adhérer avec lui. Curling (1) a décrit quelques exemples de cette double lésion. Dans d'autres cas, la hernie, descendant davantage, passe en avant ou en arrière du kyste. Chassaignac a observé une hernie passant en avant d'un kyste du cordon, dont le diagnostic était très-embarrassant. Nous aurons occasion de revenir sur ce fait (obs. 91).

Enfin, l'hydrocèle enkystée du cordon peut être compliquée en même temps de la présence d'une hydrocèle de la tunique vaginale et d'une hernie. Foucher (2) a rencontré cette triple lésion.

OBS. XXIV. — Hydrocèle vaginale du volume du poing, remplie d'un liquide citrin. Au-dessus de cette poche et sur le trajet du cordon existe un petit kyste du volume d'une noisette, contenant aussi du liquide. Enfin au-dessus du kyste se trouvait un sac herniaire; le sac était du reste nettement séparé du kyste, de telle sorte qu'on ne pouvait songer à une hernie congénitale dont le sac se serait cloisonné et incomplètement oblitéré. Foucher fait remarquer que l'existence simultanée de ces trois tumeurs aurait pu rendre le diagnostic très-embarrassant.

3° *Hydrocèle inguinale avec cryptorchidie.* — On a vu

(1) Curling. *Loc. cit.*, p. 205 et 221.

(2) Foucher. *Société anatom.*, 1856, 2<sup>e</sup> série, t. 1, p. 6.



que l'ectopie inguinale du testicule s'accompagne quelquefois d'une hydrocèle congénitale. Il peut se faire que, dans les mêmes circonstances, la tunique vaginale, après s'être séparée du péritoine, devienne le siège d'une hydrocèle enkystée. Un cas de ce genre s'est présenté à la Charité, dans le service de Roux ; nous le rapporterons dans la suite (obs. 98). Un autre exemple a été présenté à la Société de chirurgie, par le professeur Jarjavay :

OBS. XXV (1). — Homme de 36 ans, ayant le testicule gauche retenu au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Après des mouvements fréquents de la cuisse pour frotter des appartements, il s'est aperçu, pour la première fois depuis trois mois, d'une grosseur développée dans l'aîne et qui augmenta de jour en jour. La tumeur est bilobée, fluctuante, transparente. Un des lobes est dans les bourses, l'autre au-dessus du pli de l'aîne, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale antérieure. La partie rétrécie correspond au niveau de l'orifice externe du canal, là où est le testicule. Celui-ci est de moitié moins gros que le testicule droit. Le cordon descend au-dessous de lui dans les bourses. Il n'existe aucune communication avec le péritoine.

Le fait suivant, à peu près semblable, est encore plus intéressant, en ce qu'il y a eu dissection.

OBS. XXVI (2). — Ce cas a été observé sur le cadavre d'un homme qui pendant sa vie avait été regardé comme atteint d'une hernie inguinale droite, en raison d'une tumeur volumineuse siégeant dans l'aîne de ce côté. Cette tumeur consistait en un kyste à parois minces, qui, occupant le canal inguinal dont il dépassait l'anneau externe, remontait par en haut sur l'aponévrose du grand oblique. Le testicule droit se trouvait dans cette partie du sac située dans le canal inguinal. Il était très-petit, semblable au testicule non encore développé d'un enfant, mais sain et libre de toute adhérence. Le kyste contenait environ 8 onces de liquide et était sans aucune communication avec la cavité de l'abdomen.

(1) *Société de chirurgie*, 24 août 1853.

(2) *Curling, Med. Times and Gaz.*, avril 1858.

Enfin, Gherini (1) a rapporté deux observations d'hydrocèle vaginale avec cryptorchidie.

OBS. XXVII. — Homme de 30 ans, portant une tumeur à la région iliaque droite. Elle occupait tout le trajet du canal inguinal ; elle était de forme ovoïde, molle, élastique, fluctuante, transparente dans la petite portion qui sortait de l'anneau, irréductible et indolente. Le testicule droit manquait dans le scrotum. Le diagnostic restant douteux, le chirurgien préféra, au lieu d'une injection iodée, faire une incision. Celle-ci donna issue à une quantité considérable de sérosité, et on reconnut l'existence du testicule vers le milieu du canal. Guérison en deux mois.

Chez le second malade, âgé de 48 ans, la tumeur existait du côté gauche et avec les mêmes caractères. On fit une incision et le malade mourut de péritonite.

B. *Hydrocèles enkystées chez la femme.* — Certains auteurs ont admis sans difficulté qu'il existe chez la femme des collections séreuses enkystées de la région inguinale, comparables dans leur pathogénie et leur siège anatomique aux kystes du cordon. Cette opinion, principalement soutenue par les chirurgiens italiens, Paletta, Sacchi, G. Regnoli, et acceptée aussi par un grand nombre d'auteurs, repose sur le fait de l'existence d'un canal de Nuck, dont l'oblitération incomplète laisserait des cavités séreuses, capables de devenir l'origine de véritables kystes.

On a vu ce qu'il faut penser du canal de Nuck, et je renverrai le lecteur à ce que j'ai déjà dit à ce sujet dans l'article consacré à l'hydrocèle congénitale de la femme. Il me reste seulement à examiner les faits pathologiques et à rechercher quelle est leur signification.

Or, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on a décrit très-improprement sous le nom d'hydrocèles de la femme de simples kystes des grandes lèvres, qui n'ont absolument rien de

(1) Gherini, *Annali universali di medicina*, 1858 (*Gaz. méd.* 1858, p. 357).

commun avec le canal inguinal, dont ils demeurent éloignés et plus ou moins distincts ; c'est là une confusion de langage regrettable, et qui n'a pas peu contribué à jeter quelque obscurité sur ce sujet. Il faut donc éliminer tout d'abord un certain nombre de faits trop incomplets pour qu'on puisse les discuter, ou bien se rapportant manifestement à des kystes des grandes lèvres.

Par exemple, on ne peut rien dire d'un cas mentionné dans A. Paré (1), et qui manque de tous détails, et d'autre part, dans une observation très-longue de Desault (2), il s'agissait évidemment d'un kyste de la grande lèvre indépendant du canal inguinal, puisque on pouvait déprimer la tumeur en la tirant en bas et l'éloigner suffisamment de l'anneau pour qu'il devienne possible d'y *introduire l'extrémité du doigt et de reconnaître qu'elle n'était formée par aucun prolongement de la cavité du bas-ventre*. Il serait sans intérêt de rapporter d'autres observations semblables, je me borne à en indiquer quelques-unes (3).

Mais, indépendamment de ces cas, dans lesquels le kyste est manifestement indépendant du canal inguinal, il en est d'autres dans lesquels la collection séreuse siège bien dans l'intérieur de celui-ci, et après y avoir pris naissance, envahit peu à peu la partie supérieure de la grande lèvre. On peut dès lors supposer qu'il s'agit bien de véritables hydrocèles du ligament rond, comparables aux hydrocèles du cordon chez l'homme.

La lecture attentive de ces observations ne permet pas, du moins pour quelques-unes, de conserver cette opinion. Il est manifeste, en effet, qu'on a donné à tort comme des hydrocèles

(1) A. Paré, t. 1, p. 346, édit. Malgaigne.

(2) Desault, *Journ. de chirurgie*, t. 1, p. 251.

(3) Voyez Scarpa, *Mém. sur l'hydrocèle du cordon*, p. 152. — Brodie, *Malad. du testicule*, p. 81. — Brochon, *Essai sur l'hydrocèle dartoïque chez la femme*, thèse Paris 1859, n° 172, p. 29. — H. Lee, *The Lancet*, septembre 1857.

du ligament rond de simples collections séreuses enkystées dans de vieux sacs herniaires inguinaux. Par exemple, dans un fait publié par Abeille, sous le titre d'Hydrocèle de la femme, il s'agissait d'une hydro-épilocèle irréductible, et le diagnostic a pu être vérifié après la ponction (voyez obs. 35).

Il s'agissait encore évidemment d'une hydrocèle dans un sac herniaire déshabité dans l'observation suivante, citée partout comme une hydrocèle enkystée du ligament rond.

Obs. XXVIII (1). — Une femme portait deux hernies inguinales qui descendaient jusqu'aux grandes lèvres, molles, complètement réductibles et qui reparaissaient quand on cessait la compression. Mais, du côté gauche, les parties restaient contenues mieux que du côté droit d'où elles sortaient comme un fluide. Ce signe et la fluctuation firent juger à Lallement que la tumeur droite était une hydatide.

La malade étant morte quelque temps après, à la suite d'une affection scorbutique, Lallement trouva dans le côté gauche un sac qui contenait une anse de l'intestin iléum, et dans le droit, un kyste divisé en deux parties : l'une externe, l'autre interne, séparées par un rétrécissement. Le fond de la portion interne s'élevait au delà du niveau du détroit supérieur du petit bassin. Les parois du kyste étaient minces au dedans et considérablement deuses au dehors, d'où venaient l'opacité de la tumeur et l'obscurité du diagnostic.

Voici encore une observation dans laquelle le doute n'est guère permis, et il est vraiment surprenant de voir l'auteur considérer cette tumeur comme une hydrocèle du ligament rond.

Obs. XXIX (2). — Femme de 60 ans, d'une constitution débile, entrée à l'hôpital de Venise pour une tumeur volumineuse de la région inguinale droite. A l'âge de 31 ans, elle devint enceinte pour la première fois et, pendant les efforts de

(1) Lallement, *Mém. de la Société d'émulation de Paris*, t. III, p. 321.

(2) Sacchi, *Mém. sur l'hydrocèle chez la femme*. (*Annali universali di medicina*, mars 1831, et *Archives gén. de méd.*, 1<sup>re</sup> série, t. XXVII, p. 374, 1831.)

l'accouchement, il parut dans l'aîne droite une tumeur qui devint très-douloureuse et retarda beaucoup l'accouchement. Après la sortie de l'enfant, la sage-femme *réduisit facilement la tumeur* et conseilla l'usage d'un bandage, qui fut porté exactement. Depuis cette époque, la malade eut deux autres accouchements, sans que la hernie, toujours maintenue par un bandage, donnât lieu au moindre accident; toutefois la malade n'apportant pas toujours la même attention dans l'application du bandage, il fallut qu'à plusieurs reprises elle-même ou le chirurgien fit rentrer la tumeur.

Vers l'âge de 58 ans, la tumeur ne disparaissait plus complètement, et il en restait toujours une partie très-saillante, malgré la présence du bandage. Depuis deux ans, elle s'était aperçue de cet accroissement dans la tumeur, quand, un jour, en montant un escalier avec un fardeau pesant, elle sentit tout à coup la hernie sortir davantage. La réduction, tentée par elle et par un chirurgien n'ayant pas réussi, elle entra à l'hôpital. On lui fit une saignée et on appliqua des topiques émollients sur la tumeur.

Le lendemain, Sacchi observa une tumeur énorme, située dans la partie supérieure de la région inguinale droite, de forme irrégulièrement cylindrique, recouverte par la peau qui était saine, indolente, mais rénitente; elle se portait obliquement en bas, dans la direction du canal inguinal, et occupait le tiers supérieur de la grande lèvre. Abattement, pâleur de la face, langue blanchâtre, nausées continuelles et, de temps en temps, vomissements de matières fétides. Constipation depuis la veille; ventre mou et sans douleur à la pression; pouls petit, fréquent.

On décide l'opération. Incision des téguments suivant le diamètre longitudinal de la tumeur et dissection des couches sous-jacentes. On met à découvert une membrane lisse, assez épaisse, d'un blanc perlé, dont l'ouverture fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de sérosité jaunâtre. La cavité qui la contenait était parfaitement close dans toute son étendue et tapissée par une membrane lisse et polie. Ce sac membraneux adhérait à un cordon ligamenteux qui se prolongeait dans la direction du diamètre longitudinal de la tumeur. L'évacuation du liquide fit disparaître aussitôt la presque totalité de la tumeur, mais à l'exception d'une portion qui était située dans la partie inférieure du pli de l'aîne. (Pansement avec la charpie; émulsion d'amandes douces; lavements huileux.)

Selles abondantes ; cessation des nausées et des vomissements. Le lendemain, mêmes symptômes, fièvre violente, pouls dur et très-fréquent. (Saignée.) Les accidents cessent rapidement. Cicatrisation complète un mois après.

La petite tumeur qui, après l'ouverture du sac, était restée dans la partie inférieure de la région inguinale, persista pendant toute la durée du traitement consécutif. Dès que la malade put se lever, cette tumeur augmenta notablement. C'était une hernie fémorale rentrant très-facilement et pour laquelle on appliqua un bandage.

On voit en effet dans cette observation une malade portant depuis longues années une hernie inguinale, maintenue par un bandage ; puis la hernie est remplacée par une tumeur incomplètement réductible, qui augmente peu à peu de volume. Sous l'influence d'un effort, il y a accroissement brusque de la tumeur et développement d'accidents locaux et généraux, comme nous aurons à en citer des exemples à propos de kystes développés dans des sacs herniaires cruraux. Que l'on compare cette observation à l'une de celles que je rapporterai plus loin, et l'on verra entre elles une ressemblance parfaite.

Le fait suivant présente aussi tous les caractères d'une hydrocèle dans un sac herniaire déshabité.

Obs. XXX (1). — Femme de 30 à 32 ans, mère de quatre enfants, d'une bonne santé. Elle vient demander un bandage herniaire. Fleming l'examine et reconnaît toutes les apparences d'une hernie inguinale oblique et complète du côté droit. La tumeur avait apparu six mois environ auparavant ; elle disparaissait dans la position horizontale ; aucun malaise abdominal.

Cette tumeur occupait le siège habituel de la hernie inguinale ; remplissant et distendant le canal inguinal, elle était de forme cylindrique, un peu plus large en bas qu'en haut, ne variant pas de position ni de volume ; ce dernier approchait de celui d'un œuf d'oie. Elle était tendue, mais mate à la percussion ; à sa partie inférieure, elle donnait une sensation distincte de fluctuation. Sa transparence ne pouvait être complé-

(1) Fleming, *Gaz. méd.* 1855, p. 151

tement reconnue; la toux la poussait en avant, mais plutôt en imprimant une secousse en masse qu'en l'affectant autrement. A sa partie inférieure, elle était circonscrite très-distinctement, tandis que l'abdomen, mou et compressible, permettait le plus complet isolement et rendait distinctement perceptible au toucher le ligament rond. Fleming en conclut que c'était une hydrocèle enkystée du ligament rond. Ponction suivie de l'écoulement de 6 à 8 onces d'un liquide semblable à celui de l'hydrocèle. La tumeur disparut complètement, et on put sentir les deux anneaux abdominaux interne et externe agrandis; le canal était presque entièrement effacé tant ils étaient rapprochés. — Reproduction du liquide; nouvelle ponction; injection iodée; guérison. La malade quitta l'hôpital avec un bandage.

Il me reste enfin à rapporter deux observations qui ont paru à certains auteurs des exemples incontestables d'hydrocèles enkystées du canal de Nuck.

OBS. XXXI (1). — La tumeur, située à la partie supérieure de la grande lèvre gauche, avait le volume du poing; l'épaisseur de ses parois ne permettait pas de juger si son contenu était de nature liquide ou solide; toutefois, la percussion donnait la sensation de l'existence d'un fluide. Incision suivant la longueur; issue d'une quantité abondante de sérosité limpide; la face interne de la cavité était tapissée par une membrane épaisse qu'il fut aisé d'isoler des parties environnantes et qu'on coupa au voisinage de l'anneau inguinal; là l'instrument rencontra un petit corps dur, dont la section causa beaucoup de douleur à la malade. L'excision partielle de ce renflement ligamenteux permit de distinguer alors l'anneau inguinal, dans lequel on pouvait introduire l'extrémité du doigt, et fit reconnaître que *ce corps dur n'était autre chose que la portion restante du ligament rond*. Après quelques accidents locaux et généraux, la guérison est survenue.

Ce fait, qui manque sur certains points de détails suffisants, ne prouve absolument rien. La nature de *ce petit corps dur* que l'on fut obligé de couper au voisinage de l'anneau ingui-

(1) Paletta, *loc. cit.*, obs. 2.

nal externe paraît médiocrement claire ; mais à coup sûr, ce n'était pas le ligament rond, puisqu'il est bien démontré aujourd'hui que celui-ci n'arrive jamais jusqu'au niveau de l'orifice inguinal externe.

Enfin, la même obscurité se rencontre dans le fait suivant :

OBS. XXXII (1). — Jeune fille de 11 ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé. Apparition sans cause d'une tumeur de l'aîne gauche, qui s'accrut très-vite sans douleur, ni malaise. A son entrée à l'hôpital, on se pose les questions suivantes : Est-ce une hernie ? mais l'absence d'efforts, l'irréductibilité antérieure et actuelle, le défaut d'augmentation de volume par le saut, la marche et la toux font rejeter cette hypothèse. Ce n'est pas non plus un abcès idiopathique, puisqu'il n'y a ni douleur, ni dureté antérieure. On élimine de même l'abcès par congestion et l'adénite. Au contraire, l'apparition spontanée de la tumeur, son rapide développement (en vingt jours elle avait acquis le volume d'un œuf de poule), sa mollesse et son élasticité, sa figure allongée, sa situation entre le canal inguinal, et la grande lèvre correspondante et surtout sa transparence, firent juger à Regnoli qu'il s'agissait d'une hydrocèle enkystée du ligament rond. D'autre part, l'irréductibilité du liquide, l'absence d'impulsion par la toux, lui ont montré que ce n'était pas une hydrocèle congéniale. L'auteur exclut aussi l'idée d'une hydrocèle dans un sac herniaire, s'appuyant sur ce que la petite fille n'a jamais été affectée de hernie inguinale. Enfin, il ajoute qu'il lui a été difficile d'établir si la sérosité était accumulée dans un kyste anormal ou dans le caual de Nuck, ne communiquant plus avec la cavité du péritoine.

*Opération.* Incision, couches par couches, sur toute la longueur de la tumeur. On arrive sur le sac, qui a toutes les apparences de la face externe du péritoine. Une ouverture est faite avec précaution à l'extrémité inférieure du kyste, qui se trouvait en dehors de l'ouverture inguinale externe, et on en pratique l'excision. Il s'était écoulé 3 ou 4 onces d'un liquide limpide, inodore. Le chirurgien, remarquant que le reste du sac pouvait s'isoler avec facilité des parties voisines, en en-

(1) G. Regnoli, *Sur l'hydrocèle de la femme*, Pise 1832, et *Archives génér. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. V, 1834, p. 114.



leva une partie, en laissant seulement la portion qui était renfermée dans le canal inguinal et celle qui adhérait au ligament rond. Je fis observer aux élèves, ajoute Regnoli, la facilité que j'avais à introduire dans l'ouverture inguinale externe et dans le canal, l'extrémité de mon doigt index, et je signalai deux vésicules très-limpides, de la grosseur d'une noisette, que j'enlevai avec les ciseaux.

Le lendemain, quelques accidents inflammatoires, douleurs abdominales, constipation, fièvre, calmés rapidement.

Cicatrisation et guérison complètes moins d'un mois après.

Il semble difficile de croire dans ce cas à un kyste siégeant dans un sac herniaire ; l'absence de hernie antérieure, et surtout la jeunesse de la malade doivent faire éloigner cette hypothèse. Mais aussi il ne faut pas se hâter d'en conclure que l'on a eu affaire à une véritable hydrocèle, et on doit imiter la réserve de Regnoli, qui avoue lui-même n'avoir pu déterminer s'il s'agissait d'un kyste séreux ordinaire, ou si la sérosité était accumulée dans le canal de Nuck séparé du péritoine.

Ainsi, pour l'hydrocèle enkystée, comme pour l'hydrocèle congéniale de la femme, on cherche en vain dans l'étude des faits pathologiques une preuve qui démontre le siège anatomique et la pathogénie qui ont été assignés à ces collections séreuses. C'est après être arrivé à cette conclusion par la lecture des observations que j'ai voulu chercher à m'éclairer en interrogeant l'anatomie normale : la preuve anatomique m'a jusqu'ici fait défaut. Si donc l'absence constante du canal de Nuck se vérifie et est nettement reconnue, ne serait-il pas utile de rejeter définitivement du langage chirurgical ces expressions d'hydrocèles de la femme qui n'auraient plus aucune raison de subsister et qui ne pourraient plus servir qu'à rappeler une ancienne erreur ?

## 2° Hydrocèles enkystées du sac herniaire.

Nous venons d'étudier les diverses variétés de collections séreuses enkystées qui peuvent se produire dans l'intérieur de

cavités closes représentant les vestiges d'un diverticule normal du péritoine ; il nous reste maintenant à examiner la seconde espèce de tumeurs séreuses consécutivement indépendantes du péritoine, qui prennent naissance dans un appendice anormal et pathologique de cette séreuse, c'est-à-dire dans un sac herniaire dont la communication avec la cavité abdominale a cessé d'exister. Or, il peut se présenter deux circonstances, suivant que le sac herniaire contient encore des viscères, ou suivant qu'il est complètement déshabité. J'étudierai successivement ces deux variétés.

a. *Hydrocèle enkystée du sac herniaire avec viscères* (hydro-entérocele et hydro-épiplocèle irréductibles.) — J'ai dit plus haut qu'un sac herniaire contenant des viscères pouvait devenir le siège d'une exhalation de sérosité plus ou moins abondante ; je n'avais alors en vue que les cas dans lesquels les organes herniés, aussi bien que le liquide, peuvent être réduits dans l'abdomen. Il arrive fréquemment que cette réduction devient impossible sous l'influence de causes variables ; c'est ainsi que dans les hernies étranglées ou simplement enflammées, par suite de la constriction exercée au niveau du collet du sac sur les viscères, la cavité de celui-ci se trouve exactement close du côté de l'abdomen et le liquide qui s'y accumule ne peut être réduit. L'épanchement de sérosité dans la cavité du sac est en effet assez fréquente dans le cas d'étranglement, sans être pour cela de règle absolue ; je n'ai pas à insister longuement sur ce fait, admis et constaté par tous les chirurgiens. Je dirai seulement que la quantité de liquide est très-variable. Lorsqu'elle est faible, comme c'est le cas le plus fréquent, le fait de la collection séreuse disparaît devant la gravité et l'importance de la hernie ; mais quelquefois la quantité de liquide peut devenir telle, qu'elle masque la nature des lésions, qu'elle donne lieu à des erreurs de diagnostic, enfin qu'elle est un obstacle sérieux au taxis. C'est habituellement dans les hernies inguinales étranglées que

l'épanchement aigu du sac acquiert parfois des proportions notables et peut s'élever jusqu'à un demi-setier (J.-L. Petit (1), une chopine (Schneider (2), Pott (3), et même deux litres (Velpeau (4). Enfin je rappellerai que l'abondance du liquide contenu dans le sac est surtout considérable lorsqu'il s'agit de hernies congéniales étranglées (5).

Je n'ai fait qu'indiquer cette variété d'hydrocèle aiguë du sac qui ne présente aucun intérêt au point de vue qui nous occupe en ce moment.

J'arrive à une autre variété d'hydrocèle du sac qui se rapporte plus spécialement à l'histoire des collections séreuses ; je veux parler de l'épanchement qui se développe lentement dans le sac de vieilles hernies irréductibles : A la suite d'inflammations plus ou moins répétées, les viscères herniés, et plus particulièrement l'épiploon, contractent avec le collet du sac des adhérences assez intimes pour fermer toute communication entre la cavité du péritoine et celle du sac. Si dans ces circonstances un épanchement séreux se fait dans l'intérieur de celui-ci, le liquide ne pouvant passer dans l'abdomen, produit par son accumulation une augmentation du volume de la hernie, d'où peuvent résulter des symptômes propres réclamant un traitement spécial.

Indiquée déjà par Franco (6), cette variété de collection séreuse de l'aine a été signalée depuis par tous les auteurs qui ont écrit sur les hernies, sous les noms d'hydro-entérocéle et d'hydro-épiplocèle. Indépendamment de la nature des viscères contenus dans le sac (intestin ou épiploon), il est une autre circonstance qui offre une certaine importance pratique,

(1) J. L. Petit, *Malad. chirurg.* t. II, p. 278.

(2) Schneider, *Chirurg. geschichte*, 3 theil., p. 115.

(3) P. Pott, *OEuvres trad. franç.*, t. II, p. 170.

(4) Velpeau, *Gaz. des hôpitaux* 1839, p. 106.

(5) Voyez Maréchal, thèse Paris 1831, n° 195. — Demeaux, *Recher. sur l'évol. du sac hern. loc. cit.* (Obs. de Jarjavay). — *Société de chirurgie*, 4 mars 1863. (Obs. de Chassaignac).

(6) Franco, *Traité très-ample des hernies*, Lyon 1561, p. 77.

en raison des caractères variables qu'elle peut donner à la maladie, c'est la quantité des viscères herniés.

Dans certains cas, en effet, la hernie, constituée à la fois par l'intestin et l'épiploon, est très-volumineuse, comme on l'observe pour certaines hernies inguino-scrotales irréductibles ; c'est alors que l'abondance du liquide épanché dans le sac peut devenir véritablement énorme. Scarpa (1), a évacué dans un cas semblable plus de 3 livres de sérosité ; Cajetani Tacconi (2), 5 livres ; Monro (3), 6 livres ; Siébold (4), 12 livres.

Dans d'autres cas, peut-être plus fréquents, la quantité des viscères herniés est beaucoup moindre, et c'est le plus souvent alors une portion d'épiploon qui ferme le collet du sac à la manière d'un bouchon. C'est encore dans des hernies inguinales que cette disposition a été surtout observée. En voici quelques exemples :

OBS. XXXIII (5). — Pott ponctionna une hydro-épiplocèle et en tira une pinte de sérosité brunâtre. Un an après la collection liquide ayant reparu, on l'incisa et on trouva à la partie supérieure du sac une portion considérable de l'épiploon adhérent au collet. C'était une hernie congéniale.

Pelletan a rapporté une belle observation d'hydro-épiplocèle irréductible.

OBS. XXXIV (6). — Homme portant une tumeur étendue depuis l'anneau jusqu'au bas du scrotum du côté droit ; le testicule sain répondait au bas de la tumeur. Au niveau de l'anneau on sentait une portion distincte du reste par sa dureté.

Hernie ancienne, d'abord réductible, pour laquelle il n'a jamais porté de bandage ; irréductibilité et augmentation de volume depuis un an ou deux.

(1) Scarpa, *Traité des hernies*, p. 198.

(2) Cajetani Tacconi, *Dissertatio de variis herniis*, 1715.

(3) Monro, *Essais d'Edimbourg*, t. V, p. 397.

(4) Siebold, *Chirurg. Tagebuch*, p. 87.

(5) Pott, *OEuvres ; trad. franç.*, t. II, p. 170.

(6) Pelletan, *Clinique chir.*, t. III, p. 22, 1810.

Pelletan diagnostique une épiplocèle adhérente avec épanchement de sérosité dans le sac.

Ayant ouvert la tumeur avec précaution, il évacua une quantité d'eau proportionnée au volume de la tumeur, et avec le doigt porté dans le sac, il sentit le bouchon [que l'épiploon formait à l'anneau.

Voici un fait exactement semblable chez une femme :

OBS. XXXV (1). — Femme de 50 ans, portant depuis l'époque de sa dernière couche, c'est-à-dire depuis une quinzaine d'années, une hernie inguinale gauche facilement réductible et maintenue par un bandage. Elle s'aperçut un jour de la présence, sous son bandage, d'une petite tumeur qu'elle ne put réduire. Un médecin appelé fit appliquer des sangsues à plusieurs reprises; mais la tumeur au lieu de diminuer grossit avec une certaine rapidité. On crut à une hernie étranglée, et une consultation eut lieu.

On constatait dans l'épaisseur de la grande lèvre une tumeur volumineuse comme le poing, piriforme, à sommet supérieur se prolongeant jusqu'à l'anneau; elle était constituée par deux portions continues, mais distinctes en consistance; l'une supérieure, sortant de l'anneau, aboutissait en grossissant jusqu'à l'origine de la grande lèvre; l'autre, toute contenue dans l'épaisseur de celle-ci, était d'un volume quatre fois plus gros et représentait assez bien le corps d'une vessie. La première était dure, résistante, sans élasticité, mate; la seconde était tendue, mais élastique, et laissait clairement percevoir la fluctuation.

Il nous parut clairement qu'il s'agissait d'un vieux sac herniaire à l'ouverture duquel s'était glissée une portion d'épiploon qui, par suite de pression exercée par le bandage, s'était enflammée et avait acquis des adhérences solides. La portion sous-jacente du sac avait sécrété un liquide dont la quantité tendait à augmenter incessamment.

Abeille fit une première ponction dans la partie la plus déclive de la tumeur et évacua un plein verre de sérosité. Deux jours après la tumeur s'étant reproduite, on fit une seconde ponction qui donna issue à une quantité de liquide égale à la première. C'était de la sérosité fortement albumineuse. Une injection iodée fut pratiquée, et après quinze jours la guérison

(1) Abeille, *Traité des hydrophisies et des kystes*, 1852, p. 416.

était achevée sans accident. La portion inférieure de la tumeur était flétrie, complètement affaissée et donnait à la grande lèvres l'aspect d'un repli longitudinal; la portion supérieure formée par l'épiploon était dure, résistante et tranchait brusquement avec l'inférieure.

Enfin l'épiploon peut-être réduit à un très-petit volume. La disposition qui a été décrite dans le fait suivant est curieuse par l'existence de deux sacs superposés réunis par une simple bride épiploïque :

OBS. XXXVI (1). — Maisonneuve présente deux anciens sacs herniaires placés dans le cordon, et ayant au premier abord l'aspect de deux hydrocèles enkystées du cordon. A travers le sac le plus élevé passe un prolongement très-mince de l'épiploon, qui va s'implanter au fond du second sac en traversant un rétrécissement ou collet qui sépare les deux sacs l'un de l'autre. Il semble donc qu'il y ait eu un premier sac, puis réduction de l'intestin, mais persistance d'une bride épiploïque; ensuite un second sac dont l'intestin a encore été expulsé, mais qui est traversé par la languette épiploïque qui va adhérer au fond du premier sac.

Je rapporterai ailleurs d'autres observations d'hydro-épilocèles irréductibles de la région inguinale.

Quoique plus rare, la même variété peut se rencontrer à la région crurale. Le professeur Gosselin en a publié une belle observation que je réserve pour le diagnostic (obs. 97).

Avant de terminer ce qui a trait à l'hydrocèle du sac herniaire avec viscères, il faut signaler une variété singulière qui ne pourrait trouver sa place ailleurs, dans laquelle les organes herniés eux-mêmes deviennent le siège de kystes. On trouve par exemple dans les auteurs quelques observations de collections séreuses développées dans l'intérieur de l'épiploon.

Lamorier (2) en aurait observé un cas; c'était chez un jeune

(1) Maisonneuve, *Société anat.*, 9<sup>e</sup> année 1834, p. 93.

(2) Pipelet, *Mém. sur la ligature de l'épiploon*, in *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. III, p. 380.

homme de 20 ans, qui portait une tumeur prise pour une hydrocèle. L'incision faite, on reconnut que l'épiploon rempli d'hydatides formait la maladie. L'auteur ne nous donne pas de plus amples détails.

Le fait suivant est rapporté par Arnaud à la même maladie :

OBS. XXXVII (1). — Homme de 50 ans, portant dans le pli de la cuisse du côté gauche une tumeur du volume de la tête d'un enfant nouveau-né, de forme irrégulière. L'origine de la maladie remontait à quelques années auparavant. Un effort avait déterminé tout à coup et avec très-peu de douleur une grosseur du volume d'une petite noix, au-dessous du ligament de Fallope. C'était alors une hernie simple de l'épiploon. Elle augmenta peu à peu et parvint en deux ou trois ans à la grosseur d'un œuf de poule d'Inde, sans que le malade en fût incommodé; mais en dernier lieu elle fut violemment contuse par une chute de cheval. Le malade y sentit une douleur sourde, et il se fit à la peau une ecchymose considérable. Ces accidents passèrent rapidement. Quelques jours après, la tumeur changea de forme; d'oblongue qu'elle était, elle devint irrégulièrement ronde. Plusieurs lobules exactement ronds s'élevèrent sur la surface, dont trois principaux s'accrurent rapidement. Il en parut un du côté du pubis et un du côté de l'os des îles, chacun de la grosseur d'un œuf de poule; un troisième occupait la partie inférieure et moyenne de la tumeur; il était du double plus gros que chacun des deux autres. L'examen de ces tumeurs, fait par Petit, Boudou, Ledran et Arnaud, donna au toucher la sensation d'un fluide renfermé dans des kystes particuliers. Ledran décida que c'étaient des *hydatides* qui s'étaient formées par la dilatation des vaisseaux lymphatiques de l'épiploon, dans le temps de la forte compression que souffrit le malade dans la chute qu'il avait faite. L'opinion de Ledran fut adoptée par tous les consultants. Il fut décidé qu'on ferait la ponction avec le trois-quarts. Arnaud la fit sur le champ à l'extrémité inférieure de la tumeur; il en sortit 3 onces d'un liquide limpide. Une autre ponction faite à l'éminence qui répondait au pubis évacua environ 1 once du même liquide; enfin une troisième ponction pratiquée sur la dernière tumeur fit sortir la même quantité de liquide offrant les

(1) Arnaud, *Mém. de chirurgie*, t. II, p. 553, 1768.

mêmes caractères. La tumeur, ainsi diminuée de volume, parut d'une forme toute différente; elle devint ronde, et il fut aisé de sentir à la superficie de petites éminences rondes et élastiques de différentes grosseurs, qui furent considérées comme autant d'*hydatides* qu'on ne pouvait détruire que par une opération. On convint donc d'enlever l'épiploon. L'opération fut faite, à l'insu d'Arnaud, par un des consultants. Le malade ne vécut que fort peu de jours après, et Arnaud n'a pu savoir la cause d'une mort si précipitée.

Le même auteur (1) a rapporté un autre cas à peu près semblable, observé chez une jeune fille de 13 à 14 ans. Ce sont les seuls exemples de kystes de l'épiploon que j'ai pu rassembler. A ce sujet, je ferai d'abord remarquer que l'expression d'*hydatide* employée par Lamorier et Arnaud, n'a pas du tout le sens qu'on lui donne aujourd'hui, et que rien dans la description ne peut faire supposer qu'il y ait eu des acéphalocystes. De plus doit-on admettre sans discussion que les collections séreuses avaient bien leur siège dans l'épiploon? Cela ne me paraît pas absolument démontré par la lecture de ces trois faits. Celui de Lamorier, dans lequel l'incision a permis de juger de l'état des parties serait le seul concluant, quoique l'auteur ne nous dise par sur quoi il s'est fondé pour déclarer que le kyste était bien dans l'épiploon. Les deux autres faits d'Arnaud sont beaucoup plus douteux, et pourraient tout aussi bien, ce me semble, être rapportés à des hydrocèles dans un sac herniaire divisé en plusieurs loges par suite d'adhérences partielles de l'épiploon.

L'ovaire ou la trompe herniée peuvent aussi, paraît-il, devenir le siège de kystes. J'en ai rencontré bien peu d'exemples, malgré l'assertion de quelques auteurs qui affirment que le fait a été observé assez souvent.

Dans deux cas, l'un de Deville (2), l'autre de Lenoir (3),

(1) Arnaud, *loc. cit.*, p. 560, obs. 21.

(2) Deville, *Société anal.*, 18<sup>e</sup> année 1843, p. 42.

(3) Lenoir, *Société de chir.* 14 mai 1851.



on trouva sur l'ovaire hernié plusieurs kystes remplis de sérosité. L'observation suivante, qui se rapporte à un kyste de la trompe, mérite d'être citée.

OBS. XXXVIII (1). — Une femme portait dans la région inguinale une tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. Le foyer incisé, il en sortit du pus; la malade succomba rapidement quelques jours après à une péritonite intense. A l'autopsie, on trouva un foyer purulent communiquant d'une part avec l'extérieur, d'autre part avec la cavité péritonéale. De plus un kyste séreux indépendant de cette poche. Ce kyste incisé a laissé écouler de la sérosité, et l'on a reconnu qu'il était situé dans la cavité de la trompe. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était situé dans le canal inguinal. L'ovaire était resté dans l'abdomen. L'examen attentif permet de reconnaître qu'il y avait une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité, le tout contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer en suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

La vessie herniée peut s'isoler et constituer ainsi une variété de kyste de l'aîne ne communiquant plus avec la cavité vésicale. Bertrandi cite un cas de hernie de vessie qui aurait pu être confondu avec une hydrocèle.

OBS. XXXIX (2). — Le sac ressemblait à la vésicule du fiel. Il avait des incrustations de matières tartareuses ou calculeuses, et il contenait dans sa cavité quelques drachmes d'une humeur rougeâtre, visqueuse et de mauvaise odeur. L'orifice de communication était bouché par une espèce de ciment de matières tartareuses. Cette hernie faisait tumeur à l'aîne gauche.

b. *Hydrocèle enkystée du sac déshabité* (kystes sacculaires). — On a vu comment, à la suite de la réduction des viscères, le collet d'un sac herniaire peut éprouver un resser-

(1) Dolbeau, *Société anat.*, 29<sup>e</sup> année 1854, p. 72.

(2) Bertrandi, *Mém. sur l'hydrocèle*, *Acad. de chir.*, t. III, p. 176.

rement graduel aboutissant quelquefois à l'oblitération complète. Je signalerai seulement comme tout à fait exceptionnel le mode d'enkystement d'un sac herniaire vide dont J. Cloquet a rapporté un exemple :

OBS. XL (1). — Sur le cadavre d'un vieillard, il trouva un sac de hernie inguinale interne, long de 15 lignes, piriforme, vide et rempli de sérosité limpide qui s'était épanchée entre sa face interne et une fausse membrane très-mince, transparente, assez résistante, retournée sur elle-même et absolument de même forme que lui. Le sac et cette membrane n'adhéraient ensemble qu'au niveau du collet, de sorte que la sérosité épanchée entre eux étant emprisonnée, retenait le premier au dehors et refoulait la seconde du côté de l'abdomen.

Ce cas ne présente qu'un intérêt purement anatomique, et je m'empresse de revenir aux collections séreuses enkystées formées dans des sacs herniaires deshabités et oblitérés à leur collet, collections séreuses que j'ai proposé de nommer kystes sacculaires. Ledran le premier a rencontré un kyste de cette espèce, et depuis lors d'autres observations analogues ont été rapportés par différents auteurs. Je n'ai pas à étudier de nouveau par quel mécanisme se produit le resserrement et l'oblitération définitive du collet du sac. J'ai rappelé brièvement les opinions que l'on a émises sur ce point; il me reste à indiquer les variétés anatomiques de ces kystes sacculaires.

Les rapports qu'ils affectent avec le péritoine sont assez variables : tantôt la partie qui constituait le collet se trouve immédiatement en continuité avec le péritoine; tantôt le kyste en demeure assez éloigné, de manière qu'il lui est uni par une sorte de pédicule plein; tantôt enfin ce vestige de l'union du sac et du péritoine vient à disparaître, et dans ces cas l'origine du kyste peut être difficile à déterminer.

La première forme de kystes sacculaires est assez rare; le point d'adhérence avec le péritoine est remarquable par la

(1) J. Cloquet, *loc. cit.*, p. 99, obs. 75.

présence de stigmates très-accusés ou même de plaques cartilagineuses. En voici un exemple :

Obs. XLI (1). — Sur le cadavre d'un vieillard, on trouva un sac de hernie inguinale externe contenu en entier dans le canal inguinal. Ce sac a 1 pouce de largeur ; il est blanchâtre, séreux, et ne communique plus avec la cavité péritonéale dont il se trouve séparé par une petite plaque cartilagineuse entourée de stigmates radiés.

Au lieu d'être situés à l'extérieur des orifices abdominaux, ces kystes sacculaires, que l'on pourrait nommer sessiles, se rencontrent parfois derrière la paroi abdominale entre celle-ci et le péritoine. J. Cloquet (2) a plusieurs fois rencontré des sacs herniaires ainsi réduits en bloc, derrière l'ouverture aponévrotique qui leur avait livré passage ; le collet était oblitéré et indiqué seulement par des cicatrices rayonnées. Le kyste renfermant une quantité de liquide assez abondante, présentait parfois des parois denses, fibro-cartilagineuses : il a observé chez un homme un semblable sac très-épais et fermé de toutes parts, qui avait appartenu à une hernie inguinale interne et formait en dedans de l'artère épigastrique un kyste du volume d'une grosse noix. On reconnaissait d'une manière bien évidente que ce kyste était formé par la cavité d'un sac herniaire. Dans deux autres cas le collet n'était pas encore tout à fait oblitéré et présentait une petite ouverture centrale.

Il est permis de supposer que dans le fait suivant il s'agit d'un cas de ce genre, ou du moins que le kyste a pris naissance dans un sac herniaire incomplètement réduit et oblitéré à son collet.

Obs. XLII (3). — Manec a eu occasion de voir un sujet qui portait un kyste rempli de sérosité ; il était gros comme une

(1) J. Cloquet, thèse citée, p. 122, obs. 102.

(2) J. Cloquet, thèse citée, p. 116.

(3) Manec, thèse Paris 1826, n° 190, p. 35.

petite noix et engagé dans l'anneau crural; mais il ne soulevait pas la peau d'une manière sensible.

Dans d'autres cas plus fréquents, les kystes sacculaires sont unis par un cordon plein et fibreux plus ou moins long avec le péritoine qui présente au point d'adhérence des stygmates irréguliers. J. Cloquet (1) en a rapporté plusieurs exemples que je me borne à indiquer.

La forme de ces kystes est très-variable; le plus souvent arrondie, ovoïde ou allongée, elle peut être modifiée par la présence d'un rétrécissement plus ou moins étroit qui lui donne l'apparence d'un bissac.

OBS. XLIII (2). — Sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 50 ans, on trouva, du côté droit, un sac de hernie inguinale externe allongé, de 2 pouces et demi d'étendue, et ne communiquant plus avec l'abdomen. Les parois sont blanches, opaques, assez épaisses, faciles à déchirer. En haut il se rétrécit et se termine par un pédicule plein, celluloso-fibreux, qui va se fixer en dehors du péritoine, au niveau de l'ouverture supérieure du canal inguinal. Le péritoine présente en cet endroit des stygmates radiés dont les plis très-saillants sont séparés par de petits culs-de-sac qui se prolongent un peu dans le pédicule. Le sac contient de la sérosité. A sa partie inférieure, il devient très-étroit et se termine tout à coup par une petite cavité globuleuse, de 5 à 6 lignes de diamètre, qui pend au-dessous de l'ouverture inférieure du canal inguinal. Le rétrécissement qui sépare cette cavité du reste du sac et qui forme un canal étroit de communication, paraît avoir été déterminé par le resserrement de l'anneau inguinal auquel il correspond.

Dans d'autres cas, au lieu d'un simple rétrécissement, le sac est séparé en deux ou plusieurs cavités complètement distinctes. Cette disposition anatomique a été constatée dans les deux observations suivantes :

(1) Voy. Cloquet, *loc. cit.*, p. 122 et 123, obs. 101 et obs. 104.

(2) J. Cloquet, thèse citée, p. 47, obs. 22. (Une autre observation semblable, p. 125, obs. 106).

OBS. XLIV (1).—Sur le cadavre d'un homme d'environ 50 ans, le péritoine offre, au niveau de l'ouverture supérieure du canal inguinal droit, des stygmates fibreux rayonnés qui se continuent dans le canal avec un gros prolongement fibro-celluleux. Celui-ci bientôt se dilate pour donner naissance à une cavité fusiforme, longue de 2 pouces, séreuse en dedans, à parois assez épaisses et d'un blanc nacré. Placée au-devant du cordon testiculaire, auquel elle adhère fortement, cette cavité forme un véritable kysta. En bas elle fournit un autre cordon fibreux plein, lequel se change bientôt en une seconde cavité séreuse, longue d'un pouce et terminée par un cul-de-sac arrondi qui est collé sur la tunique vaginale du testicule.

OBS. XLV (2). — Sur le cadavre d'une femme de 50 ans, en disséquant la région inguinale gauche, on trouva un sac vide, allongé, de 3 pouces et demi de longueur, divisé en trois parties par deux étranglements, ce qui lui donnait l'apparence grossière d'un chapelet. Ces trois portions forment autant de cavités distinctes, situées les unes au-dessus des autres, qui n'ont entre elles aucune communication, mais sont simplement continues au niveau des étranglements, au moyen de pédicules pleins et blancs. La portion inférieure du sac forme un kyste ovoïde qui pourrait contenir une grosse aveline et dont les parois sont blanches, assez épaisses, affaissées. Inférieurement cette cavité se termine par un cul-de-sac arrondi, et supérieurement elle offre de petits stygmates, lesquels correspondent au rétrécissement qui la sépare de la cavité moyenne. Sa face interne est unie, mais elle est mate et ne contient pas de sérosité; elle est dans un état de sécheresse remarquable. La portion moyenne représente un kyste de même forme que le précédent, mais seulement d'un volume un peu moindre, à parois plus minces, et dont l'intérieur lisse, poli, brillant, humecté par une humeur séreuse abondante, n'offre de stygmate qu'à sa partie supérieure. Enfin la division supérieure du sac communique encore avec l'abdomen.

Les parois des kystes sacculaires présentent une structure variable; elles sont quelquefois formées par une enveloppe épaisse, cellulo-adipeuse. Le kyste est alors contenu au centre d'une véritable tumeur graisseuse. En voici deux exemples.

(1) J. Cloquet, thèse citée, p. 128, obs. 109.

(2) J. Cloquet, thèse citée, p. 48, obs. 24.

OBS. XLVI (1). Sur le cadavre d'un vieillard, il existe du côté gauche un sac de hernie inguinale interne dont voici la disposition. On voit sur le péritoine une large plaque fibro-cartilagineuse, assez épaisse, entourée de plis radiés, couchée sur l'artère ombilicale qui lui adhère fortement en dedans, distante d'un pouce de l'artère épigastrique qui est en dehors et se continuant en avant avec un pédicule fibreux plein, lequel s'engage par une ouverture accidentelle du fascia transversalis, et vient se terminer en dedans du cordon par une masse pyriforme, non susceptible de réduction. Cette masse contient une cavité séreuse longue de 8 lignes, dont les parois sont fort épaisses, sans communication avec l'abdomen et remplie de sérosité.

De l'autre côté existait une autre tumeur graisseuse sans cavité.

OBS. XLVII (2). Sur le cadavre d'un homme d'environ 40 ans, on trouva au-dessous de l'arcade crurale une tumeur globuleuse, pédiculée, du volume d'une grosse noix, molle et irréductible. Elle renferme dans son centre une cavité séreuse, oblongue, aplatie, humectée de sérosité, longue de 7 lignes, large de 4, et sur laquelle on voit quelques taches noires. Entre la membrane séreuse et la tunique celluleuse très-mince qui enveloppe la tumeur, on rencontre une couche de graisse de 5 à 6 lignes d'épaisseur. La cavité séreuse ne communique pas avec l'abdomen, mais présente en haut un pédicule fibreux très-court qui va, s'insérer en dehors de cicatrices très-prononcées, fort saillantes et mouchetées de plaques noires, que présente en dedans le péritoine, au niveau de l'ouverture supérieure du canal crural.

Dans d'autres cas, les parois de ces kystes subissent des transformations fibreuses, fibro-cartilagineuses et même osseuses, qui paraissent souvent dues à l'inflammation. Elles peuvent acquérir dans ces circonstances une épaisseur considérable.

OBS. XLVIII (3). J. Cloquet a trouvé sur le cadavre d'un vieil-

(1) J. Cloquet, thèse citée, p. 122, obs. 103.

(2) J. Cloquet, thèse citée, p. 121, obs. 99.

(3) J. Cloquet, thèse citée, p. 145.

lard un petit sac de hernie inguinale interne oblitéré à son collet et entièrement cartilagineux. Il avait le volume d'une grosse noisette et ses parois avaient 1 ligne 1/2 d'épaisseur.

La surface interne de ces sacs oblitérés se fait souvent remarquer par l'existence de taches noires, rouges, brunes, dues, suivant J. Cloquet, à des transformations résultant d'épanchements sanguins. On peut aussi observer à la surface interne des traces d'inflammation plus ou moins violente, comme des fausses membranes, des adhérences partielles, etc.

Le liquide, habituellement séreux et limpide, est quelquefois épais et filant, et d'une coloration plus foncée. Il contiendrait dans certains cas des corps cartilagineux, hordéiformes, dus à la rupture et à la chute spontanée à l'intérieur du sac de plaques cartilagineuses, saillantes dans la cavité. J. Cloquet a constaté leur présence dans le sac d'une hernie inguinale.

Enfin, sous l'influence de diverses causes et à la suite de complications, le liquide peut être sanguinolent, séro-purulent ou même constitué par du pus.

Nous avons jusqu'ici considéré ces kystes sacculaires à l'état d'isolement ; mais ils peuvent être compliqués de la présence d'autres tumeurs séreuses, comme dans un cas de Ledran (1), remarquable par l'existence simultanée d'une hydrocèle enkystée du cordon et d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

OBS. XLIX (1). Un homme portait une hernie inguinale complète depuis déjà longtemps. Arnaud en fit la réduction et lui appliqua un bandage.

Le malade sentit un mois après des douleurs et des élancements le long du cordon spermatique. Les douleurs s'apaisèrent au bout de quelques jours, mais il se forma au-dessous de l'aîne une tumeur qui, peu à peu, devient grosse comme un petit melon. Arnaud en fit la ponction et en tira près de trois

(1) Ledran, *Obs. de chir.*, t. II, p. 155, obs. 74, 1731.

demi-setiers. La tumeur ne diminua que de moitié. Lorsque Ledran l'examina, tout le scrotum du côté droit n'était qu'une tumeur ronde très-considérable, et dont la nature était très-équivoque. Elle semblait être une complication d'hydrocèle et de sarcocèle. Outre cela le malade avait un peu de fièvre (saignée et diète). La fièvre se calma, mais la poche de l'hydrocèle qui avait été vidée se remplit un peu, ce qui fit que Ledran distingua aisément qu'il y avait un kyste, d'où l'on avait tiré les 3 demi-setiers d'eau, kyste séparé du testicule qui était très-sain et distinct d'une autre tumeur qui était le long du cordon spermatique. Cette tumeur était ovale, et quoiqu'elle fût très-dure, Ledran crut y sentir un fluide. Ponction donnant issue à environ un poisson d'eau. La tumeur étant un peu diminuée, Ledran sentit facilement que le kyste qui la contenait avait au moins un travers de doigt d'épaisseur. Le liquide s'étant reproduit au bout de quatre jours, on en fit l'ablation. Incision du scrotum depuis l'anneau jusqu'en bas. On trouva trois hydrocèles séparées. L'une était dans le sac herniaire qui, ayant été resserré dans sa partie supérieure par la pelote du brayer, s'était fermé, de manière que sa cavité n'avait plus aucune communication avec celle de l'abdomen. « J'avoue sincèrement, dit Ledran, que j'en fus étonné, parce que je n'avais point encore vu de sac herniaire qui se fût fermé du côté du ventre, la pelote du brayer ne faisant pour l'ordinaire que rétrécir son entrée. »

La seconde hydrocèle était entre la première et le muscle crémaster, dans les cellules de la tunique vaginale; la troisième était sur la tunique albugineuse; c'est celle à laquelle Arnauld avait fait la ponction. On fit la ligature du cordon et du sac herniaire au niveau de l'anneau du muscle oblique externe, et on coupa au-dessous de la ligature. Guérison rapide.

Pour compléter l'étude anatomique que nous venons de faire des kystes sacculaires, ce serait sans doute le lieu de parler de la coexistence possible de ces kystes avec les hernies. Certains auteurs ont pensé que les cavités kystiques que l'on rencontre assez fréquemment autour des sacs herniaires, et qui apportent souvent de grandes difficultés dans l'opération de la kélotomie, ne sont autre chose que d'anciens sacs herniaires oblitérés à leur collet. Mais la pathogénie de ces kystes herniaires, étant encore un objet de discussion pour quelques



chirurgiens, je renverrai l'examen critique des opinions émises à ce sujet, ainsi que la description des variétés anatomiques de ces collections séreuses, à l'article dans lequel je traiterai des hygromas de l'aîne.

## SECTION II.

### COLLECTIONS SÉREUSES PRIMITIVEMENT INDÉPENDANTES DU PÉRITOINE.

Les collections séreuses appartenant à cette section, comprennent : 1° des hygromas ; 2° des kystes ganglionnaires et certains kystes dont la pathogénie est encore douteuse, et que l'on peut désigner simplement sous le nom de kystes séreux ; 3° des kystes développés au centre de néoplasmes ; 4° enfin des kystes hydatiques.

J'indiquerai en outre, chemin faisant, comment, parmi ces collections séreuses, les unes se développent dans la région même, tandis que les autres viennent y faire saillie, après avoir pris naissance ailleurs.

#### 1° Hygromas.

Ces collections séreuses siègent, comme on sait, dans l'intérieur d'une bourse séreuse normale ou accidentelle. A la région de l'aîne, il n'existe qu'une seule bourse séreuse normale ; c'est celle qui se trouve en arrière du psoas, entre ce muscle et la gouttière de l'os coxal, ainsi que la capsule articulaire de la tête fémorale. Cette bourse séreuse, en général très-étendue, communiquerait le plus souvent, au dire des auteurs, avec l'intérieur de l'articulation. J'ai recherché vainement cette communication dans un assez grand nombre de sujets, et je n'ai pu la rencontrer. Sans nier son existence, je pense cependant qu'elle est moins commune qu'on ne l'a dit.

Examinons d'abord si l'hygroma de la bourse du psoas a été observé.

(a) *Hygroma de la bourse du psoas.* — Si l'on s'en rapportait à ce que l'on trouve écrit dans la plupart des auteurs classiques, il semblerait que cette affection ne soit pas rare ; car, presque partout, les symptômes, le diagnostic en sont exposés avec grand soin. J'avoue, malgré toutes mes recherches, n'avoir pu en rassembler que deux ou trois exemples encore assez incomplets.

Je rapporterai d'abord l'observation suivante, qui ne me paraît devoir laisser aucun doute sur l'origine et le siège de la collection séreuse, malgré les dimensions considérables de la poche.

OBS. L (1). Vieillard septuagénaire atteint d'une pneumonie double. On apprend que la marche était très-génée et qu'il sortait peu de son lit depuis quelque temps. Il se servait d'une béquille depuis une vingtaine d'années. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont possibles et même faciles ; il y a un raccourcissement de plus de 4 centimètres. Aucune déformation du côté externe et postérieur de l'articulation.

La région inguinale seule offre à considérer une tumeur sous-jacente à l'artère qu'elle soulève et dont on voit les battements ; la veine crurale est également soulevée et plus superficielle. La limite inférieure de la tumeur est à 3 centimètres environ du ligament de Poupart ; sur les côtés, elle dépasse l'artère, qui la coupe à son milieu, de 3 centimètres en dedans et en dehors. En haut, la délimitation est obscure et impossible. Cette tumeur, du volume d'une pomme environ, est lisse et régulière ; elle est fluctuante et douloureuse au toucher.

Le malade étant mort de sa pneumonie, on rencontra à l'autopsie les particularités suivantes :

1° Disparition de la tête et du col du fémur ; il n'existe plus qu'une surface lisse, autour de laquelle s'insère la capsule de l'articulation coxo-fémorale. La cavité cotyloïde a disparu et est remplacée par une surface légèrement saillante ; plus de bourrelet graisseux, ni de ligament interarticulaire. La capsule naît de cette surface articulaire de l'os iliaque et va s'attacher au fémur ; elle est distendue par une certaine quantité de liquide synovial, jaunâtre, filant et visqueux.

(1) Maisonneuve, *Clinique chir.*, t. I, p. 243, obs. 52.

En examinant la capsule synoviale, on trouve dans le voisinage du petit trochanter, au-dessus de cette éminence et de l'insertion des muscles psoas et iliaque, un orifice dans lequel on peut, sans difficulté, introduire le doigt; cet orifice est le commencement d'un canal qui contourne la direction des muscles psoas et iliaque, et vient aboutir, en dedans du tendon de ces muscles, à la tumeur située dans l'aîne. Cette tumeur, en rapport en dehors avec les muscles psoas et iliaque, et avec le couturier, en dedans avec les adducteurs, en arrière avec la branche horizontale du pubis et le muscle obturateur externe, soulève en avant l'artère et la veine, dépasse en haut le ligament de Fallope et se prolonge le long des muscles psoas et iliaque dans le bassin, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette tumeur renferme de la synovie que la pression refoule dans l'articulation coxo-fémorale et qui parcourt alors le canal que je viens d'indiquer. Ce liquide est absolument le même que le liquide contenu dans l'articulation. L'enveloppe de cette tumeur est fibreuse, dense et consistante; elle se confond avec la capsule fibreuse de l'articulation et paraît être de même nature. Cette enveloppe adhère intimement aux muscles psoas et iliaque, ainsi qu'aux vaisseaux et aux nerfs cruraux qui sont aplatis et divisés au devant d'elle. La surface interne de la tumeur est inégale, couenneuse et jaunâtre, comme les surfaces de la membrane séreuse articulaire. On ne remarque dans les anfractuosités de cette surface aucune trace de pus ou de matière osseuse.

Il semble évident que, dans ce cas, la même cause qui a produit des désordres articulaires aussi considérables a déterminé en même temps l'hydropisie de la bourse séreuse du psoas, qui, à la suite d'inflammation, de distension et peut-être de rupture partielle, a pris un énorme accroissement. Il est bien probable en effet que les lésions de la coxalgie s'étendent souvent à la bourse séreuse du psoas et y produisent des épanchements de sérosité ou de pus. On trouverait sans doute, en parcourant les nombreuses observations de coxalgie qui ont été publiées, d'autres exemples semblables à celui que je viens de rapporter, mais je n'ai pas cru devoir pousser très-loin mes recherches de ce côté, parce que, dans de tels

cas, le fait de la collection séreuse perd toute importance, en raison de la gravité de la lésion articulaire.

Si on laisse de côté l'hydropisie de la bourse du psoas qui survient dans ces circonstances, pour ne s'occuper que de l'hygroma simple, il faut reconnaître que son histoire est encore à faire. Je n'en ai trouvé que deux observations fort incomplètes, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue symptomatologique. (Obs. 113.)

b. *Hygromas dans des bourses séreuses accidentelles.* —

A l'aîne, comme partout ailleurs, des bourses séreuses accidentelles peuvent se développer et devenir le siège de collections séreuses. La condition la plus favorable pour qu'une bourse séreuse se forme en un point, c'est qu'il existe une saillie normale ou pathologique qui soulève la peau de dedans en dehors et l'expose ainsi à des frottements répétés. Verneuil a insisté, avec juste raison, sur la fréquence du développement de ces bourses séreuses accidentelles et sur l'importance des lésions dont elles peuvent être le siège, et Massot (1), un de ses élèves, a attiré d'une façon toute spéciale l'attention des chirurgiens sur les kystes séreux qui compliquent les tumeurs, et qu'il considère comme des hygromas développés dans des bourses accidentelles.

La région de l'aîne ne présente normalement aucune saillie exposée aux frottements, et capable par conséquent de favoriser la formation de bourse séreuses. Mais qu'une tumeur vienne à s'y développer, à effacer le pli inguinal et à soulever la peau, et les conditions seront changées. Si en outre cette tumeur est essentiellement mobile, sujette à de fréquentes alternatives d'augmentation et de diminution dans son volume, si, par sa nature même, elle exige pour son traitement l'emploi de pressions, de froissements répétés, tout semblera se réunir pour

(1) Massot, *Des kystes séreux qui compliquent les tumeurs*, thèse Paris, 1854, n° 60.

faciliter la création de séreuses accidentelles. N'est-ce pas là ce que l'on rencontre dans les hernies ? Une tumeur essentiellement mobile, augmentant et diminuant alternativement de volume, nécessitant de temps à autre des efforts de taxis, enfin le plus souvent soumise à des frottements continuels de la part d'un bandage. On a signalé en effet depuis fort longtemps, comme compliquant les hernies et comme ayant causé de sérieuses difficultés et de graves erreurs, des cavités kystiques situées au pourtour du sac. Ce sont les kystes herniaires que j'ai déjà mentionnés.

J'ai dit plus haut, en parlant des kystes sacculaires, que, pour quelques auteurs, les kystes herniaires devaient être regardés comme d'anciens sacs oblitérés à leur collet. J. Cloquet (1) a le premier émis cette opinion, qu'il a longuement développée et appuyée sur un grand nombre d'observations. Suivant cet auteur, un sac oblitéré à l'anneau peut laisser passer à côté de lui un nouveau sac par lequel il est parfois entraîné. Il se colle alors sur l'une des faces du nouveau sac, et constitue une grande cavité séreuse kystique, aplatie, plus ou moins humectée de sérosité. Dans d'autres cas le nouveau sac, en se déplaçant, détache complètement au niveau de son collet l'ancien sac oblitéré, de manière à s'en coiffer pour ainsi dire et à s'en envelopper comme d'une véritable membrane séreuse. Dans l'un et l'autre cas, il serait possible de retrouver sur l'une des parois du nouveau sac des stigmates, indices de l'ancien collet.

La même théorie a été de nouveau professée tout récemment par Kuhn (2), de Niederbronn, qui n'a, suivant nous, rien ajouté à ce qui avait été dit. Aussi a-t-on lieu d'être surpris de le voir passer complètement sous silence les remarquables travaux de J. Cloquet, et réclamer pour lui-même tout le mérite d'une idée aussi nettement exprimée par le savant professeur. Il suffit de lire la citation précédente extraite

(1) J. Cloquet, thèse citée, p. 57 et 64.

(2) Kuhn, *Gaz. méd.*, 1859, p. 737, et *Gaz. hebdom.*, 1864, p. 864.

de la thèse de J. Cloquet pour juger la question et rendre à chacun ce qui lui appartient.

Il ne me paraît pas douteux en effet qu'un certain nombre de kystes herniaires doivent reconnaître cette origine, et j'ai parcouru plusieurs observations qui semblent démonstratives; je citerai entre autres les deux suivantes :

OBS. LI (1). Hernie inguinale externe du côté droit trouvée sur le cadavre d'un homme fort âgé. Le sac cylindroïde, long de 4 pouces, vide, descend dans le scrotum, s'accole à la tunique vaginale et peut être réduit en bloc en se plissant sur lui-même et sans se retourner. A sa face externe, on trouve une large poche membraneuse piriforme, aplatie et appliquée sur lui, formant un véritable kyste, dont l'extrémité supérieure se termine en pointe en dehors de l'ouverture du sac; celle-ci présente en cet endroit des stygmates blanchâtres, radiés, extrêmement prononcés. La cavité de ce kyste contient de la sérosité, ses parois sont blanchâtres, opaques, assez épaisses. Il est formé par un ancien sac atrophié et oblitéré à son ouverture et qui ne s'est point opposé à la formation d'un nouveau sac, en dehors duquel il s'est collé.

OBS. LII (2). Hernies crurales trouvées sur le cadavre d'un vieillard.

Le sac du côté gauche est très-large, fort mince, et a 1 pouce 1/2 de longueur; il s'appuie en dedans sur le ligament de Gimbernat, auquel il adhère assez fortement; il porte à son côté interne un kyste séreux, long de 10 lignes, aplati, formé par un ancien sac oblitéré dont on retrouve des vestiges sur le péritoine, sous forme de stries blanchâtres, épaisses.

Mais je crois aussi qu'on aurait tort de vouloir considérer cette étiologie des kystes herniaires comme constante, et J. Cloquet, tout en pensant que ces kystes dépendent le plus souvent d'anciens sacs oblitérés, admettait aussi qu'ils peuvent se développer accidentellement dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine. On trouve en effet au voisinage de certaines

(1) Cloquet, thèse citée, p. 117, obs. 96.

(2) Cloquet, *ibid*, p. 68, obs. 51.

hernies et surtout de hernies crurales, des kystes séreux qui n'offrent aucune liaison avec le péritoine et dont il est bien difficile de rattacher l'origine à d'anciens sacs oblitérés.

A. Bérard (1) avait attribué le mécanisme de leur formation au taxis prolongé et pratiqué avec trop de violence, lequel séparerait les couches de tissu cellulaire et produirait ainsi des cavités dans lesquelles la sérosité ou le sang s'épancherait ensuite. Cette explication conviendrait tout au plus pour quelques épanchements de sérosité sanguinolente que l'on rencontre parfois entre les différents feuillets qui forment les enveloppes des hernies; mais elle ne suffit plus pour les véritables kystes à parois bien définies.

Broca (2) est le premier, à ma connaissance, qui ait émis l'opinion que les kystes herniaires ont leur siège dans de véritables bourses séreuses, et que celles-ci sont produites par l'action prolongée du brayer sur les couches sous-cutanées. J'ajouterai toutefois que l'action du bandage n'est pas indispensable pour expliquer la formation de ces bourses séreuses accidentelles, puisque dans quelques observations on a eu le soin d'indiquer que le malade n'avait jamais porté de brayer; j'ai d'ailleurs montré plus haut que le fait seul de l'existence de la tumeur herniaire suffisait pour faire concevoir la production de bourses séreuses, et je n'ai pas besoin de revenir sur ce sujet.

En résumé, donc si certains kystes herniaires ont manifestement leur siège dans d'anciens sacs oblitérés à leur collet, il n'est pas moins certain, comme on le verra par la lecture de quelques observations, que beaucoup d'autres doivent être regardés comme formés dans des bourses séreuses accidentelles, et c'est ce qui m'a déterminé à en tracer l'histoire à propos des hygromas. J'ajouterai, relativement au mécanisme de la production des kystes herniaires, que ces cavités séreuses

(1) A. Bérard, *Bullet. Acad. de méd.*, 1839, t. III, p. 1104.

(2) Broca, *De l'Étranglement dans les hernies*, thèse de conc., 1853, p. 101.

(anciens sacs ou bourses accidentelles) qui se rencontrent au voisinage des hernies, deviennent, lorsque ces dernières s'enflamment ou s'étranglent, le siège d'un épanchement aigu de sérosité.

Ces kystes méritent d'être parfaitement connus dans leurs variétés anatomiques, si l'on veut éviter de graves erreurs. Relativement aux rapports qu'ils affectent avec le sac herniaire, ils se présentent sous deux formes principales : tantôt le kyste, semblable à une véritable bourse sous-cutanée, est situé en avant de la hernie, entre la peau et la face antérieure du sac, on pourrait l'appeler *kyste anté-herniaire* ou *pré-herniaire* ; tantôt il présente une disposition plus compliquée ; la séreuse accidentelle entoure le sac de tous côtés, remontant plus ou moins haut vers son collet, absolument comme la tunique vaginale entoure le testicule. Cette variété pourrait être désignée sous le nom de *kyste péri-herniaire*.

Les deux variétés de kystes herniaires offrent également des différences remarquables dans la structure de leurs parois. Celles-ci peuvent être très-minces et se présenter sous l'apparence d'un simple feuillet séreux, comme dans les observations suivantes :

Obs. LIII (1). — Hernie inguinale externe du côté gauche dont le sac était entouré de toutes parts, excepté à sa partie supérieure, par un kyste volumineux. En incisant la tumeur en avant, Cloquet ouvrit ce kyste et porta son doigt tout autour de la partie inférieure du sac qui faisait saillie dans son intérieur et présentait vers sa partie moyenne des stygmates fibreux fort épais, indices du collet oblitéré. C'est bien dans ce cas qu'on pourrait faire la comparaison de ce kyste avec ces bonnets de nuit qui, doubles et repliés sur eux-mêmes, reçoivent la tête sans la contenir dans leur cavité ; il embrasse, en effet, absolument de la même manière la partie inférieure du nouveau sac.

(1) J. Cloquet, thèse, p. 59, obs. 34. — Voyez en outre d'autres observations semblables, p. 59, obs. 35 ; p. 60, obs. 36.



Dans le fait qu'on va lire et qui semble se rapporter à un kyste pré-herniaire, l'auteur attribue le développement de celui-ci à l'oblitération d'un ancien sac herniaire dont les viscères se sont réduits pendant la grossesse; mais cette étiologie, comme je l'ai dit, n'est rien moins que prouvée. Les parois du kyste étaient très-minces.

OBS. LIV (1). — Femme de 43 ans, enceinte pour la sixième fois, atteinte de hernie au second mois de sa grossesse. Accidents d'étranglement après l'accouchement; opération cinq jours après.

La peau et le tissu cellulaire étant incisés, on arrive sur un sac à parois minces, que l'on coupe en dédolant; écoulement de sérosité limpide, dont la quantité est évaluée à la moitié environ d'un verre à boire. On croit avoir ouvert le véritable sac herniaire, mais le chirurgien s'aperçut que c'était un kyste contigu au sac, car, en portant l'indicateur de la main gauche vers l'anneau, pour faire le débridement, il ne put parvenir à engager l'extrémité du doigt entre l'intestin et le bord libre de l'anneau, parce qu'un tissu membraneux recouvrait le tout et faisait dévier le doigt. Nouvelle incision; on pénètre dans un second sac, qui contenait une petite quantité de sérosité et une anse intestinale; réduction facile.

Gely (2) (de Nantes) et Broca (3) ont également rapporté deux observations de kystes péri-herniaires; il s'agissait de hernies crurales étranglées dont le sac était entouré par une cavité séreuse, de la même manière que le testicule l'est par la tunique vaginale.

Dans un certain nombre de cas, les kystes herniaires se présentent avec un aspect très-singulier dû à l'épaisseur de leurs parois qui se chargent de masses graisseuses, de forme et de volume variables, simulant plus ou moins exactement des hernies épiploïques. Le chirurgien doit donc être prévenu de ces variétés de structure des kystes herniaires, s'il ne veut s'exposer à des méprises fâcheuses.

(1) Kuhh, *loc. cit.*

(2) Gely, de Nantes, *Journ. de méd. de la Loire-Inférieure*, 1837, p. 310.

(3) Broca, thèse citée, p. 102.

Ces kystes à parois épaisses s'observent surtout dans les hernies crurales. Voici un exemple de kyste anté-herniaire à parois épaisses.

OBS. LV (1). — Bérard opère une hernie crurale étranglée. Après l'incision de la peau, il coupe le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficialis qui présentent des couches superposées et distinctes. Il met enfin à découvert dans toute l'étendue de la tumeur une dernière couche assez unie, s'étendant jusqu'à l'ouverture abdominale, et croit d'autant plus facilement être arrivé dans le véritable sac, qu'il s'écoule quelques gouttes de sérosité sanguinolente à l'ouverture de cette poche accidentelle. Les parties qui s'offraient à la vue avaient un aspect lisse et luisant sur quelques points, floconneux et graisseux sur d'autres ; elles ressemblaient en un mot à une masse épiploïque. Cette masse offrait la sensation d'un corps liquide renfermé uniformément dans son épaisseur. L'erreur fut de courte durée ; incision du sac situé en arrière et renfermant une anse intestinale.

Le fait suivant, qui se rapporte aussi à la variété de kystes anté-herniaires, nous montre deux de ces kystes superposés. Il pourrait aussi servir d'exemple d'un véritable hygroma herniaire ; car il semble impossible d'attribuer la formation du kyste le plus superficiel à un ancien sac herniaire oblitéré.

OBS. LVI (2). — Hernie crurale étranglée chez une femme de 66 ans, d'une maigreur remarquable. La tumeur, auparavant réductible, existait depuis plusieurs années et avait été toujours mal contenue ; son volume est celui d'un œuf de pigeon. Le taxis ayant été essayé sans résultat, S. Cooper opère. Après l'incision ordinaire, on arrive au fascia propria ; écoulement de sérosité. Le chirurgien incise le fascia et trouve au dessous une masse considérable de graisse granuleuse, circonstance qui l'a d'autant plus frappé que la malade était fort maigre ; cette masse avait l'apparence de l'épiploon épaissi. A son milieu existait une tumeur de couleur bleuâtre et d'aspect

(1) Godin, *Société anat.*, 11<sup>e</sup> année 1836, p. 391.

(2) Samuel Cooper, *Gaz. des hôpitaux*, 1839, p. 181.

lisse. Cooper a présumé d'abord que ce pouvait être une anse intestinale étranglée. Après un examen attentif, il s'aperçoit que c'est un kyste. Il fait une ponction qui donne issue à de la sérosité, puis il fend la poche et s'assure de la nature de cette tumeur, qu'il compare aux tumeurs séreuses qu'on appelle ganglions. En continuant la dissection, l'opérateur rencontre un second kyste, pareil au précédent, qu'il ouvre également. Il arrive enfin au véritable sac herniaire.

M. Verneuil a observé un cas à peu près semblable.

OBS. LVII (1). — Opération de hernie crurale étranglée chez une jeune femme assez grasse ; kyste multiloculaire, envoyant vers l'épine iliaque un prolongement digitiforme tout à fait sous-cutané, rempli d'une sérosité sanguinolente assez abondante et qui donnait à la tumeur herniaire une forme insolite. Cette configuration irrégulière empêcha de le confondre avec le sac de la hernie crurale, qui était au-dessous, en sa place ordinaire. La malade portait un bandage depuis plusieurs années.

Je pourrais encore rapporter d'autres observations analogues, que je réserve pour le diagnostic de ces kystes herniaires, afin de montrer les difficultés presque insurmontables qu'ils présentent parfois dans la pratique.

Le contenu des kystes herniaires est également variable. Le plus souvent c'est une sérosité limpide ou légèrement sanguinolente. Quelquefois c'est du sang presque pur, dont l'exhalation doit être rapportée, le plus souvent, aux tentatives de taxis, mais qui paraît aussi se produire en l'absence de l'action de cette cause et par le fait seul d'une violente inflammation.

OBS. LVIII (2). — Une femme de 42 ans portait depuis plusieurs années une hernie crurale droite, irrégulièrement contenue par un bandage. Durant des efforts de vomissement, la hernie sort et s'étrangle. La tumeur, de la grosseur d'une noix, presque ronde, proéminente et tendue, offrait une sensibilité

(1) Verneuil, *loc. cit.*

(2) Quain, *Gaz. méd.*, 1855, p. 550.

remarquable, au point que les tentatives de taxis occasionnaient de vives douleurs. Opération.

On trouva que toute la tumeur consistait en un sac membraneux épais, rempli de sérum mêlé de sang, et rien de plus. La surface interne de la membrane avait une couleur noire foncée et très vasculaire. Il n'y avait aucune communication avec l'abdomen. Incision dans une partie un peu proéminente du sac, à son extrémité inférieure. On arrive à une petite portion d'intestin étranglé, immédiatement en contact avec un sac propre.

Enfin, dans certains cas d'inflammation violente, le liquide des kystes herniaires peut devenir séro-purulent, purulent, et prendre l'odeur des matières stercorales, comme dans un cas de Bauchet (obs. 107).

On vient de voir comment certains kystes qui compliquent les hernies doivent être considérés comme des hygromas dans des bourses séreuses accidentelles développées au voisinage de tumeurs herniaires. En l'absence d'une hernie peut-il se former à l'aîne d'autres bourses séreuses dont l'hydropisie constituerait une seconde variété d'hygroma ?

D'après Verneuil (1), l'existence de ganglions lymphatiques durs, volumineux, chez un sujet amaigri, suffit pour donner naissance à des bourses accidentelles. Il cite à l'appui de cette manière de voir un fait clinique qui lui est propre.

OBS. LIX. — Une vieille femme, observée à la Charité, présentait dans l'aîne gauche, au lieu qu'occupe la hernie crurale, une tumeur sous-cutanée superficielle, du volume d'une noix, un peu aplatie, mobile, indolente, irréductible, et dont la nature était facile à reconnaître, car, en raison de l'amincissement de la peau et du défaut d'embonpoint, elle offrait une transparence manifeste. Cette tumeur s'était accrue lentement, sans provoquer le moindre trouble. Jamais de hernie, aucun bandage n'avait été porté. Du côté affecté aussi bien que de l'autre, les ganglions étaient volumineux, durs, roulant sous le doigt.

(1) Verneuil, *loc. cit.*

D'après Verneuil, ce kyste aurait pris naissance dans une bourse séreuse accidentelle développée entre la peau et les ganglions hypertrophiés. Des recherches faites sur le cadavre sont venues confirmer cette hypothèse, et il a rencontré deux fois, dans des conditions semblables, la face antérieure d'une glande inguinale recouverte par une bourse lenticulaire très-distincte.

Ainsi, comme nous le disions au commencement de cet article, toutes les fois qu'une tumeur se développe dans l'aîne, il peut se former entre sa face antérieure et la peau des bourses séreuses anormales, et par suite des hygromas. Or, comme les tumeurs les plus fréquentes en cette région sont les hernies et les hypertrophies ganglionnaires, ce sera surtout dans l'une ou l'autre de ces circonstances que l'on observera des hygromas.

Je citerai en dernier lieu une observation curieuse qui montre les deux causes réunies pour produire une bourse séreuse; il y avait existence simultanée de ganglions volumineux et d'une hernie, et c'est entre la face profonde d'un ganglion et la face antérieure du sac que s'est développé l'hygroma.

OBS. LX (1). — Une femme de 35 ans portait une tumeur du pli de l'aîne depuis trois mois, dure, peu douloureuse, diagnostiquée ganglionnaire. Les sangsues, les cataplasmes et les purgatifs amenèrent la cessation de la douleur, mais le gonflement persista. Trois mois après, douleurs très-vives, irradiées dans l'abdomen, qui devient sensible, surtout à la région hypogastrique. Symptômes généraux fébriles; constipation. Pas de douleur à la pression sur la tumeur. — Sangsues, émoullients, lavements.

Les accidents persistent, puis surviennent des nausées, des vomissements, du hoquet, et une constipation absolue.

On opère: après l'incision de la peau, le chirurgien incise verticalement et dans toute son épaisseur la tumeur ganglion-

(1) Pellegrini, *Annali universali di medicina*, juin 1844 (*Archives*, 4<sup>e</sup> série t. VI, p. 232).

naire qui avait un demi-pouce, et qui était formée par des glandes épaissies et lardacées. Après cette incision, il aperçut un kyste, qu'il prit au premier abord pour le sac herniaire, mais qui ne contenait que de la sérosité. Au-dessous, il découvrit une tumeur qui avait la grosseur d'un œuf de pigeon ; c'était le sac, qui contenait, avec une sérosité abondante, une anse intestinale. Débridement et réduction ; mort vingt-huit heures après.

## 2° Kystes ganglionnaires.

On admet assez généralement aujourd'hui, depuis les observations de A. Richard, que des kystes séreux peuvent se former dans les régions du cou et de l'aisselle, au centre de ganglions lymphatiques, altérés par un travail phlegmasique chronique. L'existence de semblables kystes à l'aîne est encore un sujet de discussion pour les auteurs. Le professeur Velpeau (1) s'exprime ainsi à cet égard : « J'ai vu dans l'aîne et dans la fosse iliaque des collections de pus, de sérosité, et même de sang qui semblaient s'être creusé une cavité close, sous l'influence d'un travail maladif, dans quelques ganglions lymphatiques. Deux fois des collections de ce genre établies dans le creux inguinal, ayant acquis le volume d'un œuf ou du poing, ont été traitées par l'injection iodée, comme s'il se fût agi d'une hydrocèle simple, et dans les deux cas le résultat a été aussi satisfaisant que dans les hydrocèles enkystées du cordon. Un jeune homme était tourmenté depuis plusieurs mois par une tumeur ganglionnaire qui, du pli de l'aîne, s'était étendue derrière le ligament de Poupart, puis était devenue fluctuante. Boinet retira par la ponction un verre de sérosité et injecta de l'iode. Guérison rapide. » Ces faits, malgré toute la valeur qu'ils empruntent au nom du savant chirurgien qui les a observés, peuvent cependant laisser subsister quelques doutes relativement au siège exact de la collection séreuse. Aussi Verneuil (2), sans

(1) Velpeau, *Recherches sur les cavités closes*, *Annales de la chirurgie*, t. VII, p. 428, 1843.

(2) Verneuil, *loc. cit.*

nier l'existence de ces kystes ganglionnaires, pense que leur admission exige un supplément de preuves tirées surtout de la dissection, de l'analyse chimique du fluide et de l'examen histologique de ce fluide et de la paroi.

Sans pouvoir fournir de l'existence réelle des kystes ganglionnaires de l'aîne une démonstration basée sur un aussi grand nombre de preuves, j'espère pourtant apporter quelque lumière sur ce point encore obscur. J'ai été assez heureux, en effet, pour observer un cas dans lequel le siège anatomique de la collection séreuse était nettement prouvé par son mode de développement.

Voici ce fait, que j'ai vu à la Pitié, dans le service du D<sup>r</sup> Richet, et au sujet duquel mes collègues Painetvin et Spiess ont bien voulu me fournir quelques renseignements.

Obs. LXI. — M.... (Louise), 49 ans, journalière, rue de Valenciennes, 30. Entrée à la Pitié le 28 octobre 1864, salle Saint-Augustin, n° 10, service de M. Richet.

Cette femme, d'une assez bonne santé habituelle, bien réglée, mariée à 36 ans, n'a jamais eu d'enfants. Elle ne se rappelle pas avoir été malade.

Vers la fin de l'année 1862, en soulevant une caisse assez lourde, elle a senti une légère douleur dans l'aîne droite, et a remarqué en cet endroit l'existence d'une petite tumeur.

La malade a été consulter un médecin qui, après de vaines tentatives de taxis, lui a conseillé l'usage d'un bandage.

Elle n'a du reste présenté à ce moment aucun trouble du côté des voies digestives, pas de constipation, de coliques, ni de vomissements; après s'être reposée quelques jours, elle a pu continuer son travail. Elle a porté un bandage pendant huit ou quinze jours, mais elle a dû l'abandonner parce qu'il la faisait souffrir. La tumeur, dont le volume était resté absolument le même et ne diminuait jamais, était habituellement indolente.

Au mois de juillet 1864, à la suite d'une cholérine et d'une métorrhagie abondante, survenues sans cause, la tumeur de l'aîne droite devint douloureuse, rouge, puis s'ouvrit spontanément, et donna issue à du pus mêlé de sang.

Au bout de dix ou quinze jours, l'ouverture se cicatrisa. Enfin, il y a une quinzaine de jours, après avoir éprouvé quelques symptômes généraux mal définis, pour lesquels on la purgea à plusieurs reprises, il survint dans l'aîne gauche un gonflement douloureux, avec rougeur et chaleur. Une ouverture se fit spontanément, et la malade entra à la Pitié huit jours après.

A son entrée, on trouve dans l'aîne gauche deux ganglions suppurés; les bords des ouvertures sont irréguliers, épaissis, indurés, renversés en dedans; la suppuration peu abondante est presque séreuse.

Du côté droit, au-dessous de l'arcade crurale, existe une tumeur allongée transversalement, offrant dans ce sens une étendue de 8 centimètres, et dans le sens vertical une hauteur de 4 centimètres. Par son extrémité externe, elle dépasse l'artère crurale; en dedans, elle recouvre le pectiné et s'avance jusqu'au voisinage du pli qui sépare la cuisse de la grande lèvre. La peau est parcourue par une ligne rougeâtre, transversale, cicatrice de l'ouverture spontanée qui s'est faite en ce point, il y a trois mois.

A part l'existence de cette cicatrice, la peau présente sa couleur normale et est mobile sur la tumeur. Celle-ci est également mobile sur les parties profondes, complètement irréductible, mate à la percussion, sans battements, élastique, rénitente, manifestement fluctuante dans la plus grande partie de son étendue; elle présente cependant en quelques points, et surtout à sa partie inférieure et externe, quelques inégalités, quelques bosselures solides, dures, qui ne semblent pas fluctuantes. Cette tumeur est parfaitement transparente.

On ne trouve aucune cause capable d'expliquer l'adénite suppurée dont cette femme est atteinte. Elle refuse de se laisser examiner au spéculum. Il n'existe du reste aucune trace de syphilis. Cependant on panse les fistules de l'aîne gauche avec l'onguent napolitain, et on prescrit 1 pilule de Sédillot.

5 novembre. M. Richet fait une ponction avec le trois-quarts dans la tumeur de l'aîne droite. Issue de liquide séreux, légèrement louche, dont on recueille 42 grammes.

Le 15. Il semble que le liquide se reproduise à l'intérieur du kyste.

2 décembre. On constate que le volume de la tumeur est considérablement réduit. Par le palper, on trouve encore dans l'aîne une petite tumeur arrondie, de 2 centimètres de diamètre



environ, manifestement fluctuante. Les fistules de l'aîne gauche sont cicatrisées depuis huit jours.

La malade veut sortir le lendemain.

Le liquide, extrait par la ponction, est laiteux, mais plus séreux que du pus. L'examen microscopique montre comme élément prédominant, et donnant au liquide sa couleur blanchâtre, de très-nombreux corps granuleux de Gluge, formés de granulations graisseuses renfermées dans une enveloppe commune. Les éléments sont volumineux, de 0<sup>mm</sup>,015 à 0<sup>mm</sup>,02, et généralement sphériques. On trouve aussi de fines granulations graisseuses, libres, et des cellules vésiculeuses sphériques, n'ayant aucun caractère distinctif, sans noyaux. Ce même liquide, soumis à une analyse chimique, se montre très-fortement alcalin, et renferme une quantité d'albumine suffisante pour se prendre en masse quand on le chauffe. Il contient du chlorure de sodium et quelques traces de phosphates alcalins.

Il me semble que dans ce cas on ne peut se refuser à admettre le siège ganglionnaire de la collection séreuse; il suffit, pour s'en convaincre, de résumer les principaux traits de l'observation qui précède. Il faut d'abord éloigner tout soupçon de hernie, malgré certaines circonstances du récit fait par cette femme, d'une intelligence d'ailleurs très-bornée. Elle nous dit, en effet, que le développement de sa tumeur a succédé à un effort; mais on n'ignore pas la tendance qu'ont généralement les malades à rapporter l'origine de toute lésion pathologique à une violence extérieure ou à un effort, parce que c'est à ce moment qu'ils remarquent l'existence d'une tumeur qui, par son indolence ou son peu de volume, leur avait jusqu'alors échappé. Au reste, je me suis assuré, à plusieurs reprises, qu'à aucune époque la tumeur de l'aîne n'avait présenté aucun des symptômes d'une hernie. Cette femme portait donc une tumeur ganglionnaire de l'aîne droite, qui, pour une cause indéterminée, s'est enflammée, a suppuré et s'est ouverte spontanément, puis, la cicatrisation ayant eu lieu, la tumeur a reparu quelque temps après, a grossi peu à peu et a présenté enfin tous les caractères d'un kyste séreux.

Bien plus, si ce mode de développement n'était pas encore assez clair, et s'il pouvait rester quelques doutes sur la nature de l'affection de l'aîne droite, l'existence d'une adénite suppurée de l'autre côté, devrait contribuer à les faire disparaître. L'analyse microscopique et chimique du liquide n'a fourni, il est vrai, que peu de renseignements, et la dissection seule pourrait établir d'une manière incontestable la réalité de l'espèce pathologique que j'étudie ici; cependant, en l'absence de cette preuve, le fait précédent me paraît avoir la plus grande valeur, puisque, sans interprétation forcée, la marche même de la maladie amène à cette conclusion parfaitement logique, que le kyste s'est développé dans un ancien foyer creusé aux dépens des ganglions lymphatiques de l'aîne.

Je ne puis m'empêcher à ce sujet de faire un rapprochement qui trouve d'autant mieux sa place que j'invoquerai l'autorité même de Verneuil, qui doute encore de la réalité des kystes ganglionnaires. Dans son récent mémoire sur l'hydrosadénite (1), après avoir décrit les abcès développés dans les glandes sudoripares, il dit : « Si l'ouverture cutanée se cicatrise et que le foyer sécrète toujours, on voit succéder à la collection purulente une collection séreuse, sorte de kyste secondaire, ayant pour membrane de délimitation l'ancienne paroi de l'abcès. » Et il rapporte à l'appui une belle observation de kyste séreux de l'aisselle développé dans ces circonstances. L'analogie ne peut être plus complète, et dans le fait que j'ai observé, comme dans celui de Verneuil, les symptômes, mais surtout la marche et le mode de développement de la tumeur, doivent suffire pour affirmer son siège.

J'ai rencontré dans mes recherches un autre exemple de kyste de l'aîne, dont la pathogénie semble également assez nette.

(1) Verneuil. *Archives*, 1864 p. 555.

Obs. LXII (1). — Un homme, âgé de 38 ans, bien constitué, sentit, après un effort violent, une petite tumeur grosse comme une aveline qui se manifesta subitement dans l'aîne droite. Cette tumeur augmenta par la marche. — Sangsues, émétique.

Le dixième jour, Prus vit le malade; la tumeur de l'aîne était généralement dure et rénitente, du volume d'une noix, offrant des saillies inégales, qui parurent devoir être rapportées à un gonflement inflammatoire des glandes inguinales superficielles. — Bains, applications émollientes.

Quatre jours après, en examinant la tumeur, on trouve qu'au milieu d'une circonférence très-dure et douloureuse à la pression, existait un point beaucoup plus mou, indolent, et dans lequel on ne put reconnaître de fluctuation. Lorsqu'on faisait tousser le malade, la tumeur prenait plus de volume, le point central qui présentait le moins de résistance en acquérait davantage. Rougeur de la peau. Aucun symptôme du côté des voies digestives. Augmentation de la tumeur les jours suivants; la partie centrale s'acumine, et devient fluctuante. Le malade n'accuse pas d'élançements douloureux, pas de douleurs à la pression. Prus remarque qu'à ce moment les efforts de toux ne donnaient plus lieu à une impulsion sensible.

Vers le vingtième jour, il se fait une petite ouverture, à la suite de la rupture d'une phlyctène, par laquelle s'échappent quelques onces d'une sanie sanguinolente. Cet écoulement dura plusieurs jours, puis une nouvelle collection de liquide au moins aussi considérable que la première se forma très-promptement. La peau cette fois entièrement indolente avait à peu près sa couleur naturelle. L'affection datait déjà d'un mois. Incision avec une lancette. Issue de plusieurs onces de sérosité visqueuse et citrine. Malgré une compression assez forte, deux jours après, la tumeur avait repris son volume. Le malade l'ouvrit de nouveau, et une quantité de sérosité plus considérable que la première s'écoula.

Malgré l'opinion de Prus, qui a cru à l'existence d'une hernie et qui a donné du développement de ce kyste une application assez compliquée et peu satisfaisante, on ne peut voir autre chose dans ce fait qu'une adénite suppurée à laquelle a succédé un kyste ganglionnaire, et sous ce rapport

(1) Prus, *Transact. méd.*, t. III, p. 289, 1831.

cette observation se rapproche de celle que nous avons recueillie. Il faut ajouter d'ailleurs que le fait de Prus présenté à l'ancienne Société de médecine de Paris, a été interprété comme nous venons de le faire par la plupart des membres de la Société et par Roche en particulier. Jacquemin fit à ce sujet une remarque importante : « Par sa position de médecin des prisons, il a vu beaucoup de bubons, et il en a souvent observé dans lesquels au lieu de pus il ne trouvait que du sang ou une sérosité plus ou moins colorée. »

Mais, indépendamment de ces cas dans lesquels l'origine ganglionnaire de la collection séreuse est difficilement discutable, parce qu'on voit manifestement celle-ci remplacer une adénite, il est d'autres exemples dans lesquels l'étiologie est beaucoup plus obscure. L'existence d'une adénite antérieure échappe à peu près complètement, ou ne peut être que soupçonnée ; la collection séreuse s'est faite plus ou moins lentement et sans déterminer d'autre gêne que celle qui résulte de son volume. C'est surtout pour les kystes de cette espèce que Verneuil hésite encore à admettre un point de départ ganglionnaire. Je manque de renseignements suffisants pour oser affirmer le siège réel de certaines tumeurs liquides enkystées dont je rapporterai plus loin les observations ; j'avoue seulement que les deux faits précédents, celui de Prus et surtout celui que j'ai observé, et dont je ne connaissais pas encore les analogues, me paraissent de nature à dissiper une partie des doutes, relativement à la possibilité de collections séreuses formées dans les ganglions lymphatiques. J'incline donc à croire que bon nombre de ces kystes de l'aîne dont le siège reste problématique, appartiennent à de véritables kystes glandulaires remplis par de la lymphe modifiée à la suite d'un travail phlegmasique lent et chronique. Afin de mettre le lecteur à même de se faire un jugement à cet égard, je rapporterai les observations que j'ai pu rassembler. Dans la suivante, dont je dois les détails à l'obligeance de mon

collègue et ami Hénoque, quoique l'étiologie présente encore quelque obscurité, il est possible qu'il y ait eu au début un engorgement ganglionnaire.

OBS. LXIII. — Jardé (Jean), 25 ans, terrassier, est entré à Lariboisière, le 18 mai 1863, salle Saint-Louis, service du D<sup>r</sup> Chassaignac.

Il raconte qu'en novembre 1858, il a été renversé et traîné par un veau. La hanche gauche a surtout porté dans sa chute. Il a pu néanmoins se relever et marcher sans grande douleur. Mais, le soir, la cuisse devint très-douloureuse, et le malade sentit à l'aîne gauche une petite grosseur.

Cette tumeur qui s'est accrue lentement n'a jamais été réductible; elle a permis du reste au malade de marcher sans gêne ni douleur quinze jours après l'accident. Cependant, par une augmentation lente et progressive, la tumeur a acquis un volume assez considérable pour gêner beaucoup la marche, et c'est pour cette raison que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen fait au moment de l'entrée, on trouva dans l'aîne gauche une tumeur assez régulièrement hémisphérique, occupant tout le triangle de Scarpa, d'une longueur de 20 centimètres sur 15 de large. Elle présente quelques bosselures à la partie externe. La peau qui la recouvre n'est pas altérée, n'offre aucune dilatation veineuse, aucune rougeur, nulle adhérence. La tumeur est tendue, fluctuante. On sent les battements de la fémorale à sa partie externe. Il n'existe aucun pédicule à la tumeur, le canal crural ne peut être senti. Il n'y a pas de transparence. La pression ne détermine aucun changement dans son volume. Rien du côté de l'abdomen. L'articulation coxo-fémorale est intacte. Il n'existe pas de douleurs le long de la colonne vertébrale qui, à une exploration attentive, ne présente ni saillie, ni déformation. Le malade un peu amaigri est encore très-vigoureux. M. Chassaignac diagnostique un abcès froid, dont le point de départ reste d'ailleurs indéterminé.

23 mai. Ponction qui donne issue à un liquide jaunâtre, louche, séreux, avec des flocons blanchâtres ayant l'apparence du riz cuit. On évacue ainsi environ 2 litres de liquide.

Deux tubes à drainages furent placés à travers le kyste, et servirent à faire des injections iodées.

La suppuration s'est établie et, vers le 15 août, on a pu retirer les tubes. Le 1<sup>er</sup> septembre, la cicatrisation des orifices était complète. La poche forme encore un certain relief; on sent dans son épaisseur et profondément des nodosités, des noyaux d'induration. Le malade sort de l'hôpital, marchant encore avec assez de peine.

Le liquide, examiné au microscope, n'a présenté aucun débris d'hydatides, aucun crochet d'échinocoques. Il contenait une quantité considérable de cristaux de cholestérine.

On constate bien dans ce fait l'intervention d'une violence extérieure assez considérable. Mais comment celle-ci a-t-elle pu agir pour provoquer le développement de la collection séreuse de l'aîne? Y a-t-il eu primitivement un épanchement sanguin? La chose est possible, quoique paraissant peu probable. En effet le choc a porté sur la hanche et non sur la région de l'aîne, et ce n'est que le soir de l'accident que le malade s'est aperçu de la présence d'une petite tumeur au-dessous de l'arcade crurale. Il serait peut-être permis de croire qu'il s'est développé là une légère adénite sous l'influence du traumatisme auquel la hanche a été soumise. Mais ce n'est là qu'une supposition, et je ne veux pas insister davantage sur une hypothèse. Je ferai seulement remarquer la nature du liquide, qui présentait des flocons blanchâtres, ayant l'apparence du riz cuit. Rien dans les symptômes ne pouvait faire soupçonner l'existence de ces grains riziformes.

J'ai pu observer chez une femme un kyste de l'aîne, contenant très-probablement en assez grande quantité des corpuscules semblables, si je m'en rapporte du moins aux symptômes, car cette observation est incomplète, en ce que l'opération n'a pu être faite.

OBS. LXIV. — Henriette G. . . . ., 49 ans, demeurant rue du faubourg Saint-Martin, n° 144, est venue à la consultation de l'hôpital Lariboisière pour une tumeur de l'aîne. Elle

a été examinée par mon ami Paul Tillaux, remplaçant alors M. Chassaignac; la tumeur a été diagnostiquée : kyste ganglionnaire de l'aîne. J'ai vu depuis et à plusieurs reprises la malade, dont l'examen n'a pu que me confirmer dans la même opinion.

Il y a dix-huit ans, à la suite d'un accouchement normal, la malade s'étant levée au bout de huit jours, a vu apparaître spontanément une petite tumeur dans la région crurale droite et vers la partie interne et moyenne du triangle crural. Cette tumeur était de la grosseur d'une noisette, indolente, roulant sous le doigt; elle n'a jamais été réductible, même après un séjour prolongé au lit. Le plus souvent indolente; elle devenait parfois le siège de quelques douleurs passagères, pour lesquelles la malade prenait seulement un peu de repos. A aucune époque, la malade n'a éprouvé d'accidents du côté des fonctions digestives.

Depuis deux ans, à la suite de fatigues excessives, la tumeur a augmenté considérablement de volume; elle est devenue un peu douloureuse. A cette date, la malade a consulté un médecin, qui lui a conseillé l'usage d'un bandage herniaire, qu'elle a depuis constamment porté. Mais c'est surtout depuis trois mois que la tumeur paraît s'être accrue, sous l'influence d'une bronchite déterminant des quintes de toux très-fatigantes. La forme de la tumeur se serait en même temps modifiée, et de ronde qu'elle était d'abord, elle se serait allongée dans le sens transversal en s'étendant davantage vers le pli génito-crural.

Lorsque je l'examinai (le 1<sup>er</sup> novembre 1864), je découvris dans l'aîne droite une tumeur située au-dessous de l'arcade crurale, formant un relief peu marqué, de forme allongée transversalement, mais dont l'axe était légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elle est manifestement bilobée. La portion supérieure et externe, moins volumineuse, est placée en avant et un peu en dedans de l'artère fémorale; l'inférieure et interne qui paraît plus profonde repose sur les adducteurs. Elle est limitée en dedans par la corde formée par le tendon du moyen adducteur. Cette tumeur présente 8 centimètres dans son diamètre transversal, et 3 centimètres dans le vertical. Les téguments, parfaitement intacts, glissent aisément en avant de la tumeur, qui paraît elle-même mobile dans tous les sens, et libre d'adhérences avec les parties profondes. Elle est très-manifestement fluctuante, et semble mé-

diocrement tendue. En appliquant les doigts sur chacun des lobes de la tumeur, et en exerçant des pressions alternatives, on fait passer le liquide de l'une des poches dans l'autre; si l'on presse sur la tumeur inféro-interne, la plus volumineuse et la plus profonde, on voit l'autre lobe grossir, se tendre et devenir très-superficiel. Dans ces recherches, on perçoit un bruissement particulier qui donne la sensation des grains riziformes. Je me suis assuré à plusieurs reprises de la réalité de ce phénomène, et j'ai pu surtout l'obtenir d'une manière très-sensible, au moment où je faisais passer le liquide dans la tumeur supéro-externe. La sensation de crépitation semblait alors se produire presque sous mes doigts.

Les parois de cette poche paraissent peu épaisses; lorsqu'on a vidé par la pression la partie supéro-externe, la plus superficielle, on ne sent aucun corps solide à sa place.

Il m'a paru manifeste qu'au pourtour de la tumeur il existait quelques petits engorgements bien circonscrits, surtout en haut et en dedans, donnant la sensation de petits ganglions assez durs et indépendants des parois de la tumeur.

Celle-ci est complètement irréductible, n'éprouve aucune modification sous l'influence de la toux, ni pendant les mouvements de flexion ou d'extension de la cuisse.

J'ai cherché la transparence, qu'il est très-difficile de bien saisir à cause du peu de saillie que fait la tumeur; cependant je suis sûr de l'avoir constatée.

Cette tumeur est d'ailleurs complètement indolente, même à la pression. De temps à autre, et à la suite de fatigue, elle devient le siège de quelques douleurs ou plutôt de quelque gêne.

Il n'y a rien dans l'aine de l'autre côté. On y sent quelques ganglions peu développés.

Malgré mes exhortations, la malade s'est refusée à toute opération.

Quelques-uns de ces kystes peuvent acquérir un volume considérable, ainsi qu'on a déjà pu le voir dans un des faits précédents (obs. 63); lorsqu'elle prend ainsi un grand développement; la collection séreuse, en même temps qu'elle s'étend à la cuisse, se prolonge quelquefois dans l'intérieur du



bassin, comme dans un fait observé par Marten, mais sur lequel on manque de détails suffisants.

OBS. LXV (1). — Un forgeron de 50 à 60 ans, d'une bonne santé habituelle, vit se développer, il y a un an, une petite tumeur qui occupait une des aines. Après être resté presque stationnaire pendant neuf mois, la tumeur fit des progrès extrêmement rapides et s'étendit à la cuisse et dans la fosse iliaque, faisant une saillie de 6 ou 7 centimètres au-dessus des parties voisines. Elle était lisse, tendue, élastique, sans fluctuation distincte et sans transparence; elle ne présentait ni battements, ni souffle, ni borborygmes, ni douleurs. Elle n'avait aucun caractère des abcès par congestion, des hernies, des anévrysmes. On diagnostiqua un kyste séreux pour lequel on proposa la ponction, qui fut refusée.

Six semaines après, un autre chirurgien ouvrit largement la tumeur et évacua 5 pintes de liquide. La suppuration s'établit et enleva le malade en dix jours.

Luke a rapporté une semblable observation. Le liquide contenu dans le kyste offrait des caractères particuliers, dus peut-être à son mélange avec une petite quantité de sang.

OBS. LXVI (2). — Femme de 23 ans, portant dans l'aine droite une tumeur fluctuante du volume d'une grosse orange, s'étendant à 4 pouces au-dessous de l'arcade crurale. L'artère fémorale, située à sa place ordinaire, est seulement repoussée en avant par la tumeur. Celle-ci s'étend dans l'intérieur de l'abdomen presque jusqu'à la hauteur de l'ombilic; elle est fluctuante, reçoit une impulsion par la toux. On pouvait d'autant mieux croire à l'existence d'un abcès par congestion, qu'il y a 5 ans, la malade avait ressenti des douleurs dans la région des reins; ces douleurs ont été suivies de l'apparition de la tumeur dans la région de l'aine. Il n'y a aucune déformation rachidienne, la santé n'est pas très-forte; les règles sont normales.

Ponction avec un trocart en dedans de l'artère fémorale. Issue d'un liquide brunâtre ressemblant à du bouillon de bœuf et dans lequel nagent plusieurs particules de cholestérine. On

(1) Marten, *Gaz. méd.*, 1840, p. 780.

(2) Luke, *The Lancet*, 20 juillet 1844, et *Annales de la chirurgie*, 1844, t. XI, p. 503.

évacue ainsi 8 onces de liquide seulement et on ferme la plaie pour empêcher l'accès de l'air. On sent que les parois du kyste sont épaisses et dures.

Quelques jours après, la poche s'est remplie ; les ponctions sont renouvelées trois fois avec le même résultat ; même quantité de liquide avec les mêmes caractères. Après une quatrième ponction, donnant issue à 12 onces, le kyste s'enflamma et donna lieu à des symptômes assez graves. On incisa largement le kyste qui était déjà suppuré ; la guérison se fit attendre près de six mois.

Dans ces dernières observations, l'étiologie et le siège anatomique sont discutables, et c'est seulement par analogie qu'on pourrait admettre la nature ganglionnaire de ces kystes. L'incertitude est encore plus grande lorsque la collection séreuse, après avoir pris naissance à la cuisse, au-dessous de la sphère ganglionnaire de l'aîne, est venue par ses progrès envahir cette région. C'est ainsi que Verneuil a vu au tiers supérieur de la cuisse une collection séreuse profonde dès le début, sans connexions possibles avec les ganglions lymphatiques. Il n'a pu lui assigner nulle origine, nulle étiologie incontestable.

Je rapporterai comme exemple de kystes volumineux de la cuisse étendus consécutivement jusqu'à l'arcade crurale deux observations inédites de Léon Lefort.

OBS. LXVII. — F.... (Nicolas), 18 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Malgaigne, le 18 janvier 1853.

Tempérament lymphatique ; pas de maladies antécédentes ; santé excellente ; pas de hernie antérieure. Un an auparavant, le malade s'aperçut d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, indolente, et située à 7 ou 8 centimètres au-dessous de l'arcade fémorale. Cette tumeur augmenta peu à peu sans douleur. Vers le mois de juillet, on a fait une ponction avec la lancette, et on a évacué un litre de liquide jaune citrin, limpide. Le liquide ne tarda pas à se reproduire, et la tumeur a repris son volume primitif depuis environ 5 mois.

On trouve à la partie supérieure de la cuisse droite une énorme tumeur hémisphérique, circonscrite en haut par l'arcade fémorale, haute de 20 centimètres, large de 26. Elle est

fluctuante, et la fluctuation est surtout marquée à la partie centrale. La tumeur ne paraît avoir aucune communication avec la fosse iliaque dans laquelle on ne sent rien d'anormal. Une ponction est faite avec le trocart, le 20 janvier, à la partie interne. Il ne s'écoule rien, bien qu'on enfonce le trocart jusqu'à son pavillon; deuxième ponction un peu plus haut suivie du même résultat. Enfin, en plongeant le trocart à la partie centrale et inférieure de la tumeur, à 14 centimètres de l'arcade fémorale, on donne issue à un liquide jaune citrin, de consistance sirupeuse, et analogue à celui qui s'écoule des kystes de l'ovaire. La tumeur s'affaisse, mais moins qu'on ne l'aurait cru d'après la quantité de liquide retiré (1 litre 8 décilitres, pesant 1 kilog. 870 gr.). Après cette évacuation, on sent les battements de l'artère fémorale, qui ne pouvaient être perçus auparavant; on sent également un grand nombre de ganglions lymphatiques engorgés. En imprimant des mouvements de totalité à la tumeur, on croirait mouvoir une masse de gélatine.

1<sup>er</sup> février. La tumeur est beaucoup plus dure; elle a repris une partie de son volume. Sa dureté augmente lorsque le malade contracte ses muscles adducteurs.

Le 2. Opération. Une incision est faite suivant une ligne oblique dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, au niveau de la partie moyenne. On rencontre la partie externe du premier ou moyen adducteur, que l'on incise dans une petite étendue pour arriver plus facilement sur le kyste. Les parois de celui-ci sont dures et formées de tissus fibreux très-épais et très-dense. En l'ouvrant, il s'en échappe un flot de liquide citrin, semblable à celui qui avait été recueilli après la ponction. La paroi externe du kyste adhère intimement aux parties voisines et ne peut être énucléée; la dissection en est très-difficile, en raison de ses adhérences et du voisinage de l'artère fémorale. On enlève toute la paroi antérieure, la paroi interne et une partie de l'externe; on ne trouve point de ganglions lymphatiques.

Les suites de l'opération ont été assez simples; après quelques symptômes d'inflammation vite apaisés, la suppuration s'est établie normalement, la plaie est revenue sur elle-même et le malade, après être sorti de l'hôpital vers la fin du mois d'avril, ne portant plus qu'un orifice fistuleux, y rentre de nouveau quelques jours après pour quelques accidents inflammatoires qui n'ont rien présenté de grave. Il quitte définitive-

ment l'hôpital huit jours après, portant encore une petite fistule.

OBS. LXVIII. — R.... (Pierre), 56 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 24 avril 1855, service du professeur Jobert de Lamballe.

Il y a dix-huit mois, cet homme a commencé à ressentir des douleurs vives partant de la face interne de la cuisse et remontant jusqu'à l'aîne, mais sans la dépasser. Il y a six mois, il a remarqué à la partie inférieure de la tumeur actuelle, vers le bord interne du muscle adducteur, une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon ; elle était parfaitement mobile, mais la peau semblait lui adhérer. Peu à peu, cette tumeur a grossi et depuis deux mois elle est restée stationnaire.

La cuisse droite présente à sa partie supérieure et interne une tumeur hémisphérique, se terminant insensiblement en dehors, plus brusquement en dedans où elle est plus exactement hémisphérique, s'étendant jusqu'au pli de l'aîne dont elle se sépare nettement ; elle est molle, d'une fluctuation obscure ; la percussion latérale donne la sensation de flot. La peau est mobile à sa surface, elle est un peu distendue ; on aperçoit à sa surface quelques veines d'un volume ordinaire.

La tumeur semble placée au devant des adducteurs. On trouve dans les deux aînes quelques petits ganglions lymphatiques engorgés ; rien dans la fosse iliaque.

Les douleurs qui ont signalé le début ont disparu ; la pression n'en détermine aucune ; elles ne se réveillent que pendant la marche.

C'était un kyste séreux. Jobert a extirpé la paroi antérieure ; le malade a guéri.

De même que des kystes très-volumineux développés à la partie supérieure de la cuisse arrivent quelquefois jusque dans la région de l'aîne, de même aussi des collections séreuses formées primitivement dans la cavité du bassin, dans la fosse iliaque ou même dans les parois abdominales pourraient venir faire saillie à la région inguinale. Je me borne à signaler la possibilité de ce fait, n'ayant trouvé à ce sujet aucune observation intéressante et qui mérite d'être rapportée.

### 3° Kystes séreux formés à l'intérieur de néoplasmes.

Il n'est pas rare de rencontrer à l'intérieur de néoplasmes et principalement de tumeurs cancéreuses des kystes de volume variable, remplis de sérosité sanguinolente et même de sérosité parfaitement pure et limpide. Dans la région de l'aîne, ce sont les ganglions lymphatiques qui deviennent le plus souvent le siège de dégénérescences consécutivement au cancer des organes génitaux.

Follin a observé deux exemples de kystes développés dans ces circonstances.

OBS. LXIX (1). — Un cancroïde de la grande lèvre, opéré il y a quatre ans, avait récidivé sur place depuis plusieurs mois. Une tumeur fluctuante s'était développée dans l'aîne et avait acquis le volume d'un œuf de poule. L'ablation montra qu'elle était en grande partie formée par un kyste séreux dans un des ganglions de l'aîne ; le liquide contenu était une sérosité très-transparente.

A ce propos, Follin appelle l'attention sur ces kystes séreux développés dans des ganglions qui correspondent à des ulcérations cancroïdales. Il rapproche en même temps ce fait d'un autre qu'il a observé récemment à l'hôpital Saint-Louis : un kyste séreux avait largement dilaté un des ganglions de l'aîne chez un malade qui était atteint d'un cancer de la verge, pour lequel on fut obligé d'enlever le membre viril et les ganglions inguinaux.

Je dois à mon collègue et ami Damaschino un autre cas également remarquable.

OBS. LXX. — Un homme de 67 ans, entré à la Charité le 12 août 1862, n° 49, salle Ste-Vierge, service de M. le professeur Velpeau, portait depuis une vingtaine d'années un cancroïde de la face dorsale du gland et du prépuce. Il y a plusieurs mois, deux ou trois ganglions lymphatiques se sont développés dans l'aîne gauche. Ces ganglions, du volume d'une petite aveline, rou-

(1) Follin, *Société de chirurgie*, t. V, p. 235, 1855.

laient sous le doigt. Depuis une quinzaine de jours, l'un d'eux a commencé à grossir sans devenir douloureux, et en même temps a contracté quelques adhérences avec la peau. Lors de l'entrée du malade, cette tumeur est arrondie ou plutôt ovaire, à grand diamètre vertical, de la dimension d'un petit œuf de poule. Elle répond aux ganglions inguinaux les plus internes; la peau qui la recouvre est rosée, amincie, la tumeur est franchement fluctuante et elle est le siège de quelques douleurs lancinantes.

Une incision verticale, faite par M. Bauchet, donna issue à un demi-verre de sérosité de couleur citrine qui, à l'examen microscopique, renfermait quelques leucocytes et un plus petit nombre de globules sanguins.

La cavité du kyste a suppuré et s'est ensuite remplie de fongosités saignantes. Le malade a été transporté à Bicêtre dans cet état.

Dans un fait rapporté par Fournier (1), un kyste séreux énorme s'était développé au milieu d'une masse ganglionnaire occupant l'aîne et la fosse iliaque, chez une femme opérée par Chassaignac d'un épithélioma du col utérin.

D'autres tumeurs proéminentes à l'aîne peuvent aussi être le point de départ de kystes; telle est l'observation rapportée dans le mémoire de Dolbeau sur l'enchondrome du bassin (2), dans laquelle une tumeur cartilagineuse de la partie supérieure de la cuisse devint le siège de plusieurs kystes colloïdes.

Il s'agissait aussi très-probablement de kystes développés au centre d'une tumeur maligne dans un cas observé par le professeur Velpeau et publié par Pajot (3), quoique la nature de cette tumeur soit assez obscure.

#### 4° Kystes hydatiques.

On a décrit à l'aîne, sous le titre impropre d'hydatides, un

(1) Fournier, *Société anatomique*, t. XXX, p. 548, 1855.

(2) Dolbeau, *Tumeurs cartilagineuses du bassin*. (*Journal du Progrès*, 1860, obs. de Letenneur).

(3) Pajot, *Tumeur de nature rare développée dans le pli de l'aîne*. *Gazette des hôpitaux*, 1843, p. 338.

certain nombre de collections séreuses, dans l'intérieur desquelles la présence d'échinocoques est loin d'être démontrée, et qui se rapportent évidemment à de simples kystes séreux. J'en ai déjà cité quelques observations, en leur restituant leur véritable place. C'est ainsi que, dans un cas rapporté par Pigeotte, et intitulé *Tumeur hydatique simulant une hernie crurale*, il s'agit tout simplement d'un kyste sacculaire (1).

Mais, en laissant de côté ces faits mal dénommés, on trouve encore, dans les auteurs, un certain nombre d'observations dans lesquelles il s'agit bien manifestement de kystes contenant des hydatides. Ceux-ci présentent deux variétés, suivant qu'ils sont développés dans la région même ou qu'ils proviennent des parties voisines.

A. *Kystes hydatiques développés dans la région même.* — On en a observé dans la portion crurale comme dans la portion inguinale de l'aîne.

OBS. LXXI (2). — Un bel exemple de cette dernière forme de maladie, dit Al. Monro, est conservé dans le musée de mon père : un sac, du volume d'un œuf, contenant une quantité d'hydatides, fut enlevé de la partie supérieure et interne de la cuisse ; il aurait pu facilement être confondu avec une hernie, parce que les hydatides contiennent un liquide aqueux, ont des enveloppes minces et élastiques qui communiquent au sens du toucher une sensation analogue à celle d'une portion d'intestin hernié, et qu'elles sont contenues dans un sac semblable à un sac herniaire.

OBS. LXXII (3). — Dupuytren a eu occasion de diagnostiquer une tumeur de ce genre que l'on prenait pour une hernie crurale. Une partie de la tumeur disparaissait par la pression, l'autre restait au dehors. Examinée à la lumière artificielle, la tumeur était transparente ; il conclut que c'était un kyste ; la tumeur ouverte, il en sortit de la sérosité avec des hydatides ; guérison.

(1) *Clinique des hôpitaux*, n° 84, et *Archives*, 1<sup>re</sup> série, t. XIX, p. 581.

(2) Alex. Monro junior. *On crural hernia*. Edinburgh, 1803, p. 80.

(3) E. Mavré, *Tumeurs du pli de l'aîne*, thèse ; Paris, 1831, n° 270, p. 13

OBS. LXXIII (1). — Livin rapporte que Werner a rencontré dans un kyste situé à la partie supérieure de la cuisse, chez une femme de 24 ans, des vésicules libres, à la face interne desquelles étaient situées de petites granulations.

Larrey a rapporté une observation de kyste hydatique qui semblait occuper à la fois le canal inguinal et le scrotum.

OBS. LXXIV (2). — Tumeur des bourses du côté gauche, située sur le trajet du cordon spermatique et au devant des testicules, de forme irrégulière, augmentant de volume par la station et prenant la forme bilobée. Dans le décubitus, elle se réduisait de moitié et semblait rentrer dans l'abdomen; elle s'engageait en effet dans l'anneau qui était très-dilaté. Elle était molle, peu fluctuante, bosselée et indolente. Larrey diagnostiqua la présence d'hydatides à certains mouvements qu'il constata à sa première visite. Lorsqu'on appliquait subitement sur la tumeur un corps froid, la tumeur se fronçait, se réduisait de volume et s'enfonçait en grande partie dans l'anneau, pour ressortir ensuite et reprendre sa forme et son volume primitifs. Les bourses ne participaient en rien à ces mouvements.

*Opération.* — Après incision de la peau et dissection de la tumeur, on vit qu'elle était formée de deux parties unies entre elles, ayant chacune la grosseur d'un marron d'Inde. Les contractions furent alors plus évidentes; extirpation: guérison.

Guyon a montré à la Société anatomique un bel exemple de kyste hydatique développé dans le canal inguinal, chez une femme de 30 à 40 ans.

OBS. LXXV. (3). — La pièce a été recueillie à l'École pratique, et on manque à son sujet de tout renseignement antérieur; le kyste avait été déjà ouvert lorsque Guyon a été appelé à l'examiner.

Il put, tout d'abord, constater qu'il contenait une quantité considérable d'hydatides flétries, dont les débris remplis-

(1) Livin, *Échinocoques chez l'homme et chez les animaux* (thèse Paris 1843, n° 185, p. 94).

(2) Larrey, *Mém. de chir. militaire*, t. III, p. 419.

(3) Guyon, *Société anat.*, 36<sup>e</sup> année, 1861, 2<sup>e</sup> série, t. VI, p. 383.



saient, à eux seuls, la cavité du kyste; il ne s'était pas écoulé de liquide lors de l'ouverture. Le kyste était d'ailleurs vidé, et on put s'assurer tout de suite qu'il y existait une poche adventice. Ce kyste est épais et ses parois sont incrustées en différents points de plaques calcaires. Il ne peut y avoir de doutes sur sa nature.

L'étude du siège n'a pu complètement être faite. Une portion du kyste est sous-cutanée et formait même relief avant l'enlèvement des téguments. Cette portion de la tumeur fait saillie à travers une éraillure de l'aponévrose du grand oblique. Pour découvrir toute la tumeur, il faut détacher cette aponévrose, et l'on voit alors qu'elle occupe exactement le trajet inguinal qu'elle a distendu. Elle est du volume d'un petit œuf de poule, n'adhère que faiblement et par l'intermédiaire du tissu cellulaire aux parois du canal; elle n'a aucune connexion avec ses orifices, à travers lesquels elle ne fait pas saillie, quoique ses extrémités en soient très-rapprochées, de sorte qu'il est facile, lorsque l'on introduit le doigt dans le kyste, de faire sortir à travers l'orifice inguinal externe son extrémité antérieure. Le ligament rond est couché sur la paroi inférieure du canal inguinal au-dessous de la tumeur et n'y adhère pas. Seule, la paroi supérieure a des rapports plus intimes avec le kyste, et l'on voit quelques fibres musculaires isolées sur la face antérieure; mais il ne semble pas que la tumeur se soit développée dans le bord des muscles oblique ou transverse; elle occupe bien le canal inguinal, dans lequel elle semble s'être primitivement développée.

Dans une observation très-instructive, publiée avec détail par Pasturel, la nature du kyste a été parfaitement reconnue avant l'opération.

OBS. LXXVI (1). — Jeune homme de 18 ans. d'une constitution assez robuste, à système musculaire très-développé, exerçant la profession de cultivateur, a toujours joui d'une bonne santé.

Après avoir ressenti, il y a six mois, quelques douleurs dans l'aîne droite, il aperçoit au bout de huit jours une tumeur inguinale, du volume d'une noisette. Deux mois plus tard, elle était grosse comme un œuf de poule, puis elle a augmenté graduellement et lentement.

(1) Pasturel, *Gaz. des hôpitaux*, 1860, p. 414.

Au premier examen, fait par Pasturel, il trouva au niveau de l'aîne droite une tumeur plus volumineuse que le poing, de forme un peu ovale, à grand diamètre parallèle à l'arcade crurale. La petite extrémité, tournée en dehors, semble accompagner le cordon spermatique au moment où il traverse l'anneau inguinal interne. Le centre de la tumeur siège un peu au-dessus du ligament de Poupart; son bord inférieur le recouvre ou plutôt se confond intimement avec lui. Adhérences de la tumeur avec les téguments et avec les parties profondes.

La tumeur est molle, fluctuante, surtout en un point où la paroi paraît amincie. Dans les autres parties, le kyste offre à la palpation une surface irrégulière, des saillies et des dépressions. On constate à plusieurs reprises son irréductibilité. Le diagnostic est : tumeur liquide enkystée, sans communication avec la cavité péritonéale.

En essayant d'obtenir la fluctuation sur divers points, le chirurgien éprouva, vers la petite extrémité de la tumeur, la sensation de frôlement, de collision ou le bruit de frémissement hydatique. Mais il lui fut impossible de constater de nouveau le même phénomène, malgré de nombreuses tentatives. L'auscultation immédiate de la tumeur révéla un signe nouveau; c'était un bruit analogue au frémissement musculaire que l'on perçoit dans les explorations dynamoscopiques, mais plus intense. Son timbre en différait aussi, mais l'auteur ne sait comment exprimer en quoi consistait cette différence. Ce même bruit s'est renouvelé plusieurs fois avec des caractères identiques. Il y a une manière de le produire : si l'on se contentait d'appliquer uniquement l'oreille, on n'entendrait que les bruits normaux; il est nécessaire de percuter latéralement la tumeur en même temps qu'on l'ausculte.

Une ponction exploratrice, faite huit jours après, donna issue à un liquide opaque, d'une teinte un peu plus jaune que celle du pus, moins consistant que ce liquide, et ne laissant pas de dépôt sur le linge, mais le traversant avec presque tous ses éléments. Il entraîna en sortant des flocons albumineux, sensiblement plus jaunes que la masse, du volume d'un pois, très-fragiles, s'écoulant sans la moindre pression, à surface irrégulière et au nombre de vingt au moins. Le contact de l'extrémité de la canule, avec la paroi interne du kyste, donnait lieu à de très-vives douleurs. Huit jours après, la tumeur avait repris son volume et ses caractères extérieurs.

*Opération.* — Une incision verticale dépassant de 1 centimètre les limites de la tumeur, permit de disséquer la peau à droite et à gauche et de la saisir avec une pince de Museux, pour essayer de la détacher. On s'aperçut alors que la paroi postérieure adhérait si intimement aux muscles qu'il était impossible de l'en décoller, sans s'exposer à pénétrer dans la cavité péritonéale. Excision partielle de la tumeur; il s'écoule un verre et demi de liquide citrin, analogue à celui de l'ascite. Le chirurgien racla avec l'ongle la paroi qui restait, afin d'en détacher les hydatides adhérentes. Pendant cette manœuvre, le doigt pénétra dans une arrière-cavité située au niveau de l'anneau inguinal interne, mais se terminant en cul-de-sac et ne s'étendant pas aux parties profondes. Vingt jours après, le malade pouvait être considéré comme guéri.

Le kyste offre extérieurement une teinte blanchâtre; sa surface est parsemée de dépressions plus ou moins profondes. Le liquide intérieur pénètre à travers les plus excavées; son épaisseur est de 2 centimètres environ; son tissu dense, peu vascularisé, offre des analogies avec le tissu des tendons; il est difficile à couper.

La face interne du kyste est noirâtre, très-irrégulière. Une colonne aussi volumineuse que le petit doigt unit sa paroi antérieure avec sa paroi postérieure, elle a la même structure que le kyste; sa forme est celle d'un bicône. Une centaine d'acéphalocystes adhèrent si intimement à la paroi du kyste qu'il est nécessaire d'exercer une certaine violence en les raclant pour les faire tomber. Néanmoins leur insertion n'a lieu que par un pédicule très-délié. Les acéphalocystes ont un volume un peu plus développé qu'un pois; ils ont une forme ovale. Leur surface extérieure est lisse, polie, à bords très-définis. Ils adhèrent au kyste à la manière des ricins aux téguments du chien. Lorsqu'on les en décolle, ils offrent à l'extrémité par laquelle ils adhéraient quatre ou cinq filaments où il est impossible de constater des mouvements.

Après cette longue observation, nous nous bornerons à mentionner encore trois autres exemples de kystes hydatiques développés dans la région inguinale (1).

(1) Voyez Bertherand (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 1862, p. 75). — Une autre observation dans les *Archives* de Langenbeck, 1862, t. III, p. 204; une troisième dans la *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 778.

B. *Kystes hydatiques provenant des parties voisines* —

Dans certains cas, une tumeur hydatique développée dans l'épaisseur des parois abdominales vient faire saillie à la région inguinale. Tel est le cas de Degner, rapporté par Boyer, sous le titre impropre d'*Hydropisie enkystée du péritoine* (1). De même, des kystes hydatiques de la fosse iliaque peuvent proéminer au-dessus de l'arcade crurale (2), ou bien enfin après avoir pris naissance en différents points du bassin, ils apparaissent à la région inguinale, comme dans le fait suivant :

OBS. LXXVII (3). — Fricke a rapporté une observation dans laquelle un grand nombre de poches occupaient le bassin, la hanche, la partie supérieure de la cuisse, la fosse iliaque interne, le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure; la cavité cotyloïde, la bourse séreuse du psoas étaient remplies d'hydatides; la branche horizontale du pubis était elle-même profondément excavée. On avait cru à un abcès symptomatique d'une carie articulaire; l'autopsie seule révéla la nature de la maladie.

Dans d'autres cas, un kyste hydatique du bassin envoyant un prolongement vers l'aîne à travers une ouverture étroite, il existe une tumeur bilobée dont une partie est cachée à l'intérieur et l'autre fait saillie au dehors.

OBS. LXXVIII (4). — Malgaigne a disséqué un kyste hydatique du volume du poing, développé dans le bassin, derrière le pubis, et envoyant un prolongement dans le scrotum, à travers l'anneau inguinal, mais par une éraillure du fascia transversalis et au côté interne du cordon qui restait absolument au dehors. L'auteur fait remarquer que, si ce sujet avait été opéré, on aurait bien pu croire à des hydatides développées dans le cordon, tandis qu'elles lui étaient tout à fait étrangères.

(1) Boyer, *Mal. chir.*, t. VI, p. 118, 5<sup>e</sup> édition.

(2) Demarquay, *Des kystes hydatiques de la fosse iliaque* (*Gaz. méd.*, 1844, p. 308).

(3) Fricke, *Archives*, 3<sup>e</sup> série, t. VI, p. 493, 1839.

4) Malgaigne, thèse citée, p. 36.

Enfin, Lala a présenté à la Société anatomique un fait intéressant de kyste hydatique du pubis communiquant avec une poche située à la partie supérieure et interne de la cuisse.

OBS. LXXIX (1). — Une femme de 47 ans entra dans le service du professeur Denonvilliers, pour une tumeur qu'elle portait à la partie supérieure et interne de la cuisse. Cette tumeur, de la grosseur du poing, molle, non douloureuse à la pression, fut prise pour un lipome ou un abcès et incisée; il en est sorti du pus, sans traces d'hydatides. L'examen avec le stylet n'apprit rien sur la nature de cet abcès; mort trois jours après.

A l'autopsie, on a trouvé un abcès situé derrière le pubis et le trou obturateur gauche. Les branches horizontale et verticale du pubis étaient dénudées et remplies d'hydatides, ainsi que la cavité cotyloïde perforée en deux endroits. L'abcès, situé derrière le pubis, communiquait avec l'abcès de la racine de la cuisse, à travers le trou obturateur.

---

Telles sont les nombreuses variétés anatomiques que présentent les collections séreuses et hydatiques de l'aîne. Leur étude exigeait de grands développements, en raison des déductions que l'on peut tirer pour la pratique de la connaissance de chaque fait particulier; aussi n'ai-je pas craint de mettre sous les yeux du lecteur la plupart des observations que j'ai recueillies.

Dans la seconde partie de ce travail, il me reste à examiner les collections séreuses de l'aîne au point de vue clinique, et à étudier leur symptomatologie, leurs complications, leur diagnostic et leur traitement.

(1) Lala, *Société anat.*, 1856, p. 119.

---

## CHAPITRE II.

### **Symptomatologie.**

Les collections séreuses de l'aîne, envisagées d'une manière générale, offrent, comme celles des autres régions, un ensemble de symptômes bien connus et qu'il suffira de rappeler brièvement. Elles constituent des tumeurs de formes variables, le plus souvent globuleuses, arrondies, allongées ou ovalaires, sans changement de couleur à la peau, habituellement indolentes. La fluctuation y est plus ou moins marquée, suivant la densité du liquide et l'épaisseur des parois, et la transparence, qui forme à peu près leur seul caractère pathognomonique, fait souvent défaut, soit à cause de la nature du liquide, soit parce que la poche est très-épaisse. Mais, même en l'absence de ces conditions anatomiques défavorables, la transparence est difficile à constater dans la région inguinale, mal disposée pour ce genre d'exploration.

La tumeur, en général peu saillante, est plus ou moins cachée dans le pli qui sépare la cuisse de l'abdomen, et il devient malaisé de la soulever suffisamment au-dessus des parties voisines pour placer une lumière en arrière. Il sera donc nécessaire de s'entourer des plus grandes précautions lorsqu'on se proposera de rechercher l'existence de ce signe important; il faudra, dans les cas douteux, se placer dans l'obscurité la plus complète et se servir du stéthoscope.

Dans le plus grand nombre des cas, les collections séreuses de l'aîne ont une marche essentiellement chronique; elles se produisent lentement et augmentent graduellement de volume; tantôt elles restent stationnaires et ne dépassent pas certaines dimensions; tantôt elles acquièrent un volume énorme, comme j'en ai déjà rapporté quelques exemples.

Lorsque l'accroissement de ces tumeurs est porté aussi loin,

elles gênent les mouvements du membre abdominal et donnent lieu à des douleurs de voisinage.

Au lieu de se présenter avec les apparences de tumeurs chroniques, certaines collections séreuses de l'aîne déterminent des accidents locaux et généraux qui donnent à la maladie une physionomie toute particulière. Ces tumeurs séreuses à marche aiguë seront étudiées dans le chapitre suivant.

---

### CHAPITRE III.

#### **Accidents, complications.**

Les accidents qui accompagnent parfois les pseudo-kystes et les kystes de l'aine forment un des chapitres les plus intéressants de leur histoire, si l'on tient compte de la gravité de quelques-unes de ces complications et des difficultés qu'elles apportent dans le diagnostic.

Établissons d'abord une première distinction : on sait que, parmi les diverses collections séreuses de l'aine, il en est un certain nombre qui se rencontrent conjointement avec une hernie. Si celle-ci vient à s'étrangler, la nature de la maladie sera masquée par la présence simultanée des deux tumeurs, et il pourra devenir difficile de déterminer quel est le point de départ des accidents. Je laisse, pour le moment, de côté ce premier cas, sur lequel j'aurai à revenir longuement à propos du diagnostic, voulant seulement décrire les complications qui appartiennent en propre aux tumeurs séreuses.

Or, en l'absence de toute hernie, les collections séreuses de l'aine sont susceptibles de devenir le point de départ d'accidents locaux et généraux plus ou moins graves, qui, pour le dire de suite, se rapprochent de ceux de l'étranglement herniaire. Cette complication s'observe, le plus souvent, lorsqu'il s'agit de sacs déshabités (kystes et pseudo-kystes sacculaires), lorsque la poche vient à s'enflammer, pour une cause ou pour une autre, ordinairement sous l'influence d'une violence extérieure ou d'un effort. Il se fait alors une sécrétion surabondante de sérosité, la poche se distend, et cet accroissement de volume donne lieu à un pseudo-étranglement ; si même l'inflammation est très-vive, elle peut se terminer par suppuration.

Tantôt il s'agit de pseudo-kystes sacculaires, c'est-à-dire



de sacs déshabités, communiquant encore avec l'abdomen. J'ai cité déjà l'observation de Saviard (obs. 9), j'en rapporterai maintenant quelques autres. Voici, par exemple, un cas de pseudo-kyste sacculaire de la région crurale qui, en s'enflammant, a fait croire à l'existence d'une hernie étranglée.

Obs. LXXX (1). — Une femme de 60 ans portait depuis déjà 22 ans une hernie crurale gauche, qu'elle avait maintenue d'abord avec un bandage, puis qu'elle se contentait de réduire lorsque la tumeur reparaisait. Un jour, la tumeur devient irréductible. On reconnaît une hernie étranglée, peu volumineuse, allongée, occupant le pli de l'aîne dans la direction de l'artère crurale, et s'accompagnant d'une légère tuméfaction du ventre et de douleurs assez vives, qui se propageaient de la tumeur dans l'abdomen; elle parut irréductible. La malade avait de fréquentes envies de vomir, mais elle ne vomissait pas encore. Au bout de huit heures, l'intensité des symptômes, qui était toujours croissante, détermina le chirurgien à opérer. Le sac, mis à découvert, offrit une élasticité remarquable; ponctionné dans son milieu avec la pointe d'un bistouri, il laissa échapper une très-grande quantité de sérosité. Après qu'il eut été largement ouvert, on ne trouva rien dans son intérieur, et l'extrémité du doigt portée vers l'anneau crural permit de reconnaître le degré d'étroitesse de cette ouverture, où l'on put à peine introduire une petite sonde cannelée. Le chirurgien en fit le débridement; les accidents se calmèrent quelques heures après. Guérison en quinze jours.

Dans le fait suivant, il s'agit d'une pseudo-kyste de la région inguinale situé au centre d'une tumeur graisseuse enflammée.

Obs. LXXXI (2). — Une femme de 71 ans portait depuis quinze ans une tumeur de l'aîne droite, du volume d'une noix, indolente, irréductible. Etant atteinte de bronchite, elle s'aperçut que, sous l'influence des efforts de toux, la tumeur commençait à devenir douloureuse et à augmenter de volume. On

(1) Janson, *Quelques observ. sur la méd. et la chir.* (Archives, 1<sup>re</sup> série, t. VI, p. 82).

(2) Chassaignac, *Des Sacs herniaires déshabités* (Revue méd.-chir., t. XVII, p. 281, 1855).

crut à une hernie étranglée et l'on fit vainement des tentatives longues et répétées de réduction.

La tumeur, située au-dessus de l'arcade crurale, avec pédicule engagé dans l'anneau inguinal, était du volume d'un petit œuf de poule, d'une consistance inégale, fongueuse, mollesse, non fluctuante. Il y avait de la douleur à la pression; les téguments offraient leur couleur normale; constipation depuis cinq jours.

*Opération.* — On incise successivement la peau, deux ou trois fascias, et ce que l'on croit être le sac herniaire, lequel se trouve entièrement rempli par une masse jaunâtre, pédiculée, formée de trois bosselures principales, à surface inégale, chagrinée, de consistance variable suivant les points, qui rappelle assez bien celle de l'épiploon condensé ou de ganglions légèrement ramollis. Il semble même qu'une des bosselures ne soit autre chose qu'un ganglion lymphatique. On fend cette masse suivant sa longueur, et on arrive dans un cul-de-sac péritonéal, qui permet au doigt de pénétrer dans l'abdomen. La tumeur renferme dans l'épaisseur de ses parois un noyau d'un rouge intense, constitué à la fois par un épanchement et une infiltration de sang. Son pédicule adhère aux parois du canal inguinal dont l'anneau n'exerce aucune constriction.

Ligature en masse du pédicule, après avoir débridé le collet du sac, et excision de la portion exubérante de la tumeur. — Pansement simple; eau de Sedlitz.

Après une amélioration passagère, la malade est prise de symptômes de péritonite et meurt six jours après.

A l'autopsie, on trouve une arborisation vasculaire de la séreuse abdominale, sans épanchement ni fausses membranes. La partie sur laquelle a porté la ligature n'est autre chose que le collet d'un ancien sac herniaire avec lequel l'épiploon et l'intestin n'ont aucune espèce de rapport.

Encore une observation de pseudo-kyste sacculaire enflammé. Dans ce cas, il y a eu suppuration à l'intérieur de la poche.

OBS. LXXXII (1). — Femme de 50 ans, atteinte depuis longues années d'une hernie crurale du côté droit, pour laquelle

1) Dupuytren, *Clinique chir.*, t. III, p. 582.

elle a porté un bandage. Depuis quelque temps et sans cause appréciable, douleurs dans l'aîne, coliques, constipation, envies de vomir.

On découvre une tumeur irréductible, douloureuse au toucher, globuleuse, du volume d'un gros œuf de pigeon, sans changement de couleur à la peau. Les symptômes d'étranglement persistent; constipation, hoquet, nausées et quelques vomissements — saignée, bain, émoullients; taxis plusieurs fois répété.

Sanson opère. Arrivé au sac, il fit une ponction d'où il ne sortit que du pus. L'incision fut agrandie; tout le pus contenu dans la tumeur étant évacué, le doigt introduit dans sa cavité ne trouva ni intestin, ni épiploon, mais des surfaces lisses, polies, sans adhérences, et à la partie supérieure de la cavité, l'orifice d'un petit canal fort étroit, communiquant avec l'abdomen, mais tellement petit qu'on aurait pu tout au plus y introduire et avec beaucoup de peine l'extrémité du petit doigt. Les accidents cessent; guérison en quinze jours.

J'aurai encore à citer d'autres exemples de pseudo-kystes sacculaires enflammés qui trouveront mieux leur place ailleurs.

Voici maintenant trois observations qui montrent que les sacs complètement oblitérés peuvent donner lieu aux mêmes accidents.

OBS. LXXXIII (1). — Decoux montre une tumeur située au niveau de l'anneau inguinal externe et qui fut prise pour une hernie. Elle existait depuis quinze ans chez un homme auquel on avait conseillé l'application d'un bandage herniaire, lorsque récemment survinrent des douleurs dans le bas-ventre et des vomissements. Le taxis prolongé n'ayant amené qu'une légère diminution de la tumeur, l'opération fut pratiquée par Malgaigne. Après l'incision de la peau et de l'aponévrose, on tomba sur la tumeur formée de parois excessivement épaisses, fibreuses, et qui, à son centre, offrait une légère cavité contenant un peu de liquide séreux. Aucune communication avec l'abdomen. La tumeur paraissait venir de l'intérieur du canal inguinal. Extirpation au niveau de l'anneau externe; on em-

(1) Decoux, *Société anat.*, 12<sup>e</sup> année, 1837, p. 260.

porta en même temps le testicule qui adhéraît à la partie inférieure. Mort le lendemain ; péritonite purulente. On vit que la tumeur extirpée, suivant le trajet du canal inguinal, tenait à l'épiploon par trois pédicules fibreux.

OBS. LXXXIV (1). — Tumeur de la région inguinale droite chez une femme, prise pour une hernie étranglée. Roux reconnut au contraire l'existence d'un abcès qu'il ouvrit. Néanmoins la mort est survenue et il n'a pas été possible d'en déterminer la cause par l'autopsie. L'abcès s'était formé dans un ancien sac herniaire du canal inguinal oblitéré, ne communiquant pas avec le péritoine, et qui probablement avait autrefois contenu l'ovaire et la trompe utérine, car ces deux parties adhéraient solidement à la paroi postérieure du kyste et avaient amené une inclinaison de l'utérus à droite. La malade a raconté qu'elle avait eu autrefois une hernie qui depuis plusieurs mois n'était pas sortie.

OBS. LXXXV (2). -- Femme de 29 ans, portant depuis quinze ans une hernie inguinale qui a été contenue anciennement à l'aide d'un bandage.

Il y a huit jours, des douleurs se sont manifestées dans la région inguinale droite, qui présente une tumeur de la grosseur d'une orange. La peau est rouge, tendue, extrêmement douloureuse à la pression. Par la palpation, on s'aperçoit que cette tumeur se prolonge jusqu'à l'orifice inférieur du canal inguinal dans lequel elle s'engage. Pas d'accidents généraux, pas de vomissements; la malade est allée à la selle la veille de son entrée à l'hôpital.

*Opération.* Après l'incision de la peau, le bistouri pénètre dans l'intérieur d'une poche d'où s'échappe d'abord un liquide citrin, séreux, peu abondant, puis du pus très-concret. Les parois du sac sont épaisses et donnent à la coupe la même sensation de résistance que du tissu fibreux. Il n'y a aucune trace de hernie; mais, à la partie supérieure de la paroi externe, il existe une seconde tumeur, plus petite, dure, arrondie, résistante. En l'ouvrant, il s'échappe une matière jaune, gélatiniforme, que l'on pourrait comparer à de la synovie. L'examen de l'intérieur de cette seconde poche ne fait reconnaître aucune communication avec la cavité péritonéale. Guérison.

(1) Maunoury, *Société anat.*, 16<sup>e</sup> année, 1841, p. 44.

(2) Chassaignac, *Sacs deshabités*, loc. cit.

Enfin il paraît qu'un simple épanchement sanguin se produisant rapidement dans l'intérieur d'un kyste sacculaire, à la suite d'une contusion, peut donner lieu aux symptômes de l'étranglement, comme on l'a observé dans le fait suivant :

OBS. LXXXVI (1). — Femme de 50 ans, portant depuis longtemps une hernie inguinale gauche qui n'avait jamais été contenue par un bandage. Coup sur la tumeur, qui augmente de volume et devient très-douloureuse. Nausées sans vomissements; constipation depuis l'accident; douleurs abdominales: taxis infructueux. Flaubert (de Rouen) opère et trouve dans le sac herniaire du sang coagulé qui le distend et adhère à ses parois. Le doigt distingue très-bien l'ouverture de l'anneau libre et ne contenant ni intestin ni épiploon.

Si les accidents produits par l'inflammation des pseudo-kystes et des kystes sacculaires sont relativement encore assez fréquents, il est beaucoup plus rare de voir les autres variétés de collections séreuses de l'aîne donner lieu aux mêmes accidents. Il paraît cependant que certaines hydrocèles de la tunique vaginale peuvent en s'enflammant simuler l'étranglement herniaire. Dupuytren a publié, sous un titre très-obscur, un fait qui se rapporte manifestement à une hydrocèle en bissac suppurée et qui a été opérée pour une hernie étranglée.

OBS. LXXXVII (2). — Un homme de 37 ans portait depuis l'âge de 15 ans une tumeur siégeant à la bourse droite, dans la tunique vaginale testiculaire. On la considéra comme étant une hydrocèle congénitale dans laquelle on fit, pendant le cours de treize années, dix à douze ponctions qui donnaient toujours issue à une sérosité transparente.

Un jour, au moment où cet homme soulevait un fardeau, la tumeur augmente subitement de volume et devient douloureuse. Cette tumeur diminue à la pression et fait entendre comme un bruit de gargouillement. Le ventre est tendu et douloureux; nausées, vomissements; pouls petit, déprimé. On croit à une hernie étranglée et on opère. On pénètre dans une

(1) L. Chapsal, *De l'Étranglement dans les hernies*, thèse Paris 1848, p. 21.

(2) Dupuytren, *Clinique chir.*, t. III, p. 584.

poche contenant un liquide séro-purulent mêlé de flocons albumineux; pas d'épiploon ni d'intestin; aucune communication avec l'abdomen.

Mort de péritonite le septième jour après l'opération.

A l'autopsie, on trouva une poche considérable s'étendant depuis le testicule à nu jusqu'à 3 pouces au-dessus de l'anneau inguinal; la poche est divisée par l'anneau du grand oblique en deux compartiments. Le sac supérieur est moins grand que l'inférieur.

Dans d'autres cas, c'est un kyste inguinal du cordon qui en s'enflammant produit des accidents qui peuvent faire croire à l'existence d'une hernie étranglée. Je rapporterai plus tard quelques faits de cette nature, dont la gravité est en général assez faible et le diagnostic facile.

En résumé, on a pu juger par la lecture des observations précédentes, que si l'inflammation de certaines collections liquides de l'aîne s'accompagne quelquefois d'accidents locaux et généraux assez sérieux, il est bien rare que ceux-ci soient portés très-loin, et il n'arrive jamais qu'ils atteignent le même degré de gravité que dans le cas de véritable étranglement intestinal; il serait plus juste de les comparer à ceux d'une péritonite plus ou moins intense.

L'augmentation de volume de la tumeur, les douleurs s'irradiant parfois dans l'abdomen, dans certains cas la rougeur de la peau, lorsque l'inflammation est violente, enfin l'irréductibilité, tels sont les symptômes locaux qui ont été observés, et qui pouvaient en effet simuler plus ou moins exactement une hernie. J'appelle en passant l'attention sur le phénomène de l'irréductibilité qui, s'expliquant parfaitement lorsqu'il s'agit de kystes sacculaires ou de pseudo-kystes dont l'ouverture est extrêmement étroite, se comprend au contraire moins facilement lorsque la communication est large, comme dans certaines observations.

Quant aux symptômes généraux, ils se réduisent à quelques nausées, quelques vomissements, rarement très-fré-

quents et n'ayant jamais le caractère fécaloïde, de la constipation et enfin un appareil fébrile en général peu marqué. Je me borne en ce moment à faire remarquer cette bénignité relative des symptômes qui pourra être utilisée pour le diagnostic.

J'ajouterai qu'il ne semble pas qu'il y ait une grande différence entre la gravité des symptômes suivant que la tumeur communique ou ne communique pas avec l'abdomen, ainsi que l'avait annoncé Chassaignac.

Enfin la cause des accidents m'a paru résider dans la distension de la poche par une exhalation séreuse, sanguine ou purulente produite par l'inflammation, puisqu'il a suffi le plus souvent de l'ouverture de la tumeur pour faire cesser tous les phénomènes.

---

## CHAPITRE IV.

### **Diagnostic.**

Le diagnostic des collections séreuses de l'aine est souvent entouré de graves difficultés et mérite de fixer notre attention. Il comprend la solution de ces deux questions également importantes : 1° Distinguer les collections séreuses de l'aine des autres tumeurs qui peuvent les simuler ; 2° distinguer les unes des autres les différentes variétés de collections séreuses.

Dans un des chapitres précédents, j'ai rappelé sommairement les symptômes qui appartiennent en commun à toutes les collections séreuses, et j'ai dit que la transparence, qui en constitue à peu près le seul signe pathognomonique, pouvait manquer ou du moins être souvent d'une constatation difficile, Il faut maintenant faire intervenir, comme éléments du diagnostic, certains caractères différentiels qui indiquent que la tumeur communique ou ne communique pas avec le péritoine : distinction sur laquelle j'ai déjà insisté, et dont l'importance est surtout grande en clinique, en raison des déductions thérapeutiques qui en découlent.

Ces caractères différentiels, qui permettent de reconnaître si une tumeur communique avec le péritoine ou en est indépendante, sont fondés, sur ce que, dans le premier cas, elle reçoit une impulsion par les efforts de la toux, et surtout qu'elle est réductible, tandis que, dans le second cas, elle n'est nullement modifiée par les efforts et reste irréductible.

Il semble que, par la constatation de ces signes, il doive être toujours facile de reconnaître s'il y a, ou s'il n'y a pas une communication entre la tumeur et le péritoine; et cependant l'erreur est possible à ce sujet, et, par suite de certaines illusions, on peut croire à une communication qui n'existe



pas, ou bien, ce qui est plus grave, méconnaître une communication qui existe réellement. Il n'est donc pas inutile de s'arrêter un instant sur les causes d'erreur que le chirurgien est appelé à éviter dans la constatation de ces caractères différentiels, et de bien préciser la signification qu'il faut attribuer à chacun d'eux.

Relativement à l'influence des efforts de la toux, on doit savoir que, même en l'absence manifeste de toute communication avec l'abdomen et le péritoine, une tumeur de l'aîne peut subir une impulsion réelle à chaque secousse de toux ; c'est ce que j'ai constaté, pour ma part, un certain nombre de fois, et on s'en rend facilement compte par les rapports de contiguïté que la tumeur affecte avec la paroi abdominale, laquelle se soulève à chaque effort, et transmet ainsi une impulsion à la tumeur. Mais, s'il existe véritablement une communication avec la cavité abdominale, la main qui presse la tumeur n'éprouve pas seulement un simple soulèvement pendant les secousses de la toux ; il y a en même temps une distension de la poche, une sorte d'expansion produite par l'afflux d'une plus grande quantité de liquide. La différence entre ces deux sensations est comparable à celle qui distingue les pulsations d'une tumeur simplement soulevée par une artère voisine, et les pulsations avec expansion qui caractérisent une tumeur anévrysmale. Mais il faut encore prendre garde : l'impulsion avec distension d'une tumeur de l'aîne, à chaque effort de toux, n'indique pas nécessairement qu'elle communique avec le péritoine ; la seule conclusion qu'on puisse tirer de ce symptôme c'est qu'elle présente des connexions avec l'intérieur de la cavité abdominale. Nous allons revenir bientôt sur cette distinction.

La réductibilité d'une tumeur de l'aîne peut surtout donner lieu à des erreurs, soit parce qu'elle n'est qu'apparente, soit parce que, existant réellement, on n'apprécie pas ses caractères particuliers et le sens qu'il faut lui attribuer comme symptôme.

Certains kystes de l'aîne, et en particulier ceux du cordon spermatique, en raison de la laxité du tissu cellulaire de la région, semblent rentrer dans l'abdomen, lorsqu'on les comprime de bas en haut. Boyer (1) a observé cette particularité dans un cas de kyste du cordon, chez un enfant de 5 à 6 ans. Mais on évitera une méprise de ce genre, en considérant que la réduction n'est qu'apparente, que c'est un déplacement de la tumeur, qui, lorsqu'elle a franchi l'anneau, se laisse encore sentir à travers la paroi abdominale. De plus il sera souvent possible, par une pression de haut en bas, de faire saillir la tumeur au dehors et de constater son isolement. Ce dernier caractère paraissait bien exister dans une observation assez ancienne de kyste du cordon rapportée par James Bowen (2).

Mais, outre cette forme de réductibilité tout à fait apparente, et qui ne pourra guère tromper un observateur attentif, il en est une autre beaucoup plus réelle et sur la valeur séméiologique de laquelle il est nécessaire de bien s'entendre.

Une tumeur liquide de l'aîne reçoit par les secousses de la toux une impulsion avec expansion, elle augmente de volume pendant la station verticale, diminue par le décubitus dorsal, enfin une pression de bas en haut la fait disparaître complètement ou presque complètement. On serait tenté de conclure de cet ensemble de symptômes à une communication avec la cavité péritonéale. Et cependant ces mêmes caractères pourront se montrer dans une tumeur indépendante du péritoine, mais étendue à l'intérieur des cavités pelvienne ou abdominale, au-dessous de la séreuse, et composée de deux portions, l'une externe, l'autre interne, communiquant ensemble à travers les orifices inguinaux. Dans de telles circonstances, si surtout la poche est médiocrement tendue, le liquide passant plus ou moins facilement de la portion extérieure dans la portion interne de la tumeur et réciproquement, on pourra croire à une

(1) Boyer, *Mal. chir.*, t. VI, p. 679, 5<sup>e</sup> édition.

(2) James Bowen, *Account on a singular tumour in the groin* (*Med. Commentaries*, 1785, t. IX, p. 233).

réduction véritable et par suite à une communication avec le péritoine. Cette illusion se produira surtout dans les cas d'hydrocèle remontant le long du cordon jusque dans la cavité abdominale (hydrocèle en bissac), et en effet on trouve signalée dans la plupart des observations cette apparente réductibilité, qui a fait confondre dans certains cas la tumeur avec une hernie réductible (voy. obs. 13, 14, 15....). Curling (1) cite également un cas dans lequel il a éprouvé les plus grandes difficultés pour arriver à un diagnostic exact.

Cette même forme de réductibilité pourrait aussi s'observer dans ces kystes séreux ou hydatiques provenant de l'intérieur de l'abdomen et du bassin, et développés en dehors du péritoine, comme j'en ai rapporté des exemples (obs. 66).

On voit donc qu'au point de vue du diagnostic différentiel, l'impulsion avec expansion produite par les secousses de la toux, la réductibilité plus ou moins complète d'une collection liquide de l'aine n'indiquent pas autre chose, sinon que la tumeur se prolonge au delà des parois abdominales. Or, ce qu'il importe avant tout de déterminer, c'est si la tumeur est indépendante de la cavité péritonéale, ou si elle communique avec cette dernière. Le diagnostic se tire alors des caractères différents de la réductibilité.

En effet, si la tumeur ne communique pas avec la séreuse abdominale, la réduction sera rarement tout à fait complète ; mais surtout en palpant la paroi abdominale pendant qu'on comprime la partie apparente de la tumeur, et qu'on refoule ainsi le liquide dans la poche intérieure, on sentira celle-ci se développer et se distendre ; en outre, par des pressions alternatives, la fluctuation pourra le plus souvent se transmettre de l'une à l'autre. Au contraire, une tumeur en communication réelle avec la cavité du péritoine, se réduit et disparaît complètement lorsqu'on la comprime, sans qu'on puisse en re-

(1) Curling, *loc. cit.*, p. 111.

trouver aucun vestige, en explorant avec soin la cavité abdominale.

Il y aurait donc lieu de distinguer entre les tumeurs réductibles de l'aine : 1° celles dont la réduction est réelle et complète, et qui communiquent avec la cavité péritonéale; 2° celles dont la réduction n'est qu'apparente et imparfaite et qui, indépendantes du péritoine, se prolongent à l'intérieur de l'enceinte abdomino-pelvienne.

A ces deux formes de réductibilité, il faut encore en ajouter une troisième, intermédiaire aux deux précédentes et qui s'observe dans certaines tumeurs complexes de l'aine; c'est la réductibilité partielle, dans laquelle une portion de la tumeur se réduit réellement et complètement, tandis qu'une autre portion demeure à l'extérieur. J'aurai occasion de revenir sur ce point et de donner quelques exemples de cette réductibilité incomplète.

De même qu'une tumeur séreuse de l'aine peut paraître réductible lorsqu'elle ne communique pas avec le péritoine, de même aussi une collection séreuse, communiquant réellement avec la cavité péritonéale, peut offrir le caractère de l'irréductibilité. L'anatomie pathologique nous explique la possibilité de cette méprise, en nous montrant que certaines collections séreuses communiquent avec le péritoine par un orifice très-étroit ou par un véritable canal également rétréci et plus ou moins tortueux, comme dans l'observation de Houel (obs. 10).

Dans de telles circonstances, la compression exercée sur la tumeur, au lieu de refouler son contenu dans l'abdomen, a pour effet d'appliquer l'une contre l'autre les parois du canal de communication et d'intercepter ainsi le passage du liquide. Mais, si l'on examine les choses de plus près, on apprend que la tumeur augmente dans la station verticale et qu'elle diminue ou disparaît même après un repos au lit un peu prolongé; puis, si au lieu de se borner à exercer une compression pendant quelques instants, on la prolonge pendant un assez long

temps, on peut obtenir une réduction partielle ou complète qui aurait échappé à un examen superficiel.

Cette irréductibilité apparente peut s'observer dans les pseudo-kystes sacculaires, ainsi que j'en ai rapporté plus haut des exemples ; elle se rencontre aussi dans certains cas d'hydrocèles congénitales. L'observation suivante se rapporte à la variété d'hydrocèle péritonéo-vaginale :

OBS. LXXXVIII (1). — Une hydrocèle congénitale fut méconnue chez un enfant de 3 ans par un chirurgien d'hôpital très-expérimenté. Elle présentait les caractères d'une hydrocèle simple, ne recevait aucune impulsion par la toux, et ne se réduisait point immédiatement par la pression et le décubitus horizontal. Le père affirmait néanmoins qu'elle était évidemment moindre le matin que le soir. Le petit malade étant couché, une forte compression fut exercée sur la tumeur, et après cinquante minutes, celle-ci fut réduite au quart de son volume. Guérison en quelques semaines par la compression sur le canal inguinal.

Je lis également dans la thèse de C. Duval (2) que, chez un enfant porteur d'une hydrocèle qui remontait jusqu'à l'anneau du grand oblique, la compression ne pouvait faire diminuer le volume de la tumeur ; et cependant, le matin, on ne retrouvait plus de liquide dans le scrotum. Guersant diagnostiqua une hydrocèle congénitale.

Dans le fait suivant, rapporté par Chassaignac, sous le nom de kyste du cordon, il s'agissait probablement de cette variété d'hydrocèle congénitale que j'ai nommée péritonéo-funiculaire. L'orifice de communication avec le péritoine devait être très-étroit.

OBS. LXXXIX (3). — Tumeur rénitente et irréductible de la région inguinale droite chez un jeune homme de 16 ans. On croit d'abord à une hernie en voie d'étranglement. Mais, le lendemain, la tumeur avait complètement disparu, et il n'y

(1) Curling, *Maladies du testicule*, p. 167.

(2) Ch. Duval, thèse citée, p. 19.

(3) Chassaignac, *Revue méd.-chir.* 1853, t. XIII, p. 333.

avait en apparence plus rien d'anormal. On apprend alors que depuis un an il existe dans l'aîne droite une tumeur indolente, apparaissant seulement pendant la station, et offrant le volume d'un testicule d'adulte qu'elle simule du reste très-bien. C'est en vain que l'on comprime cette tumeur, on ne parvient pas à la faire rentrer; mais à peine le malade est-il depuis dix minutes dans la position horizontale qu'elle a complètement disparu, ne laissant après elle qu'une nodosité peu appréciable placée dans le canal inguinal et qui paraît constituée par les parois du kyste.

Des faits qui précèdent il résulte donc que l'irréductibilité d'une collection séreuse de l'aîne peut n'être qu'apparente et qu'avant d'affirmer qu'il n'existe aucune communication avec la cavité péritonéale, le chirurgien doit s'entourer de grandes précautions. C'est ainsi qu'il faudra chercher à obtenir la réduction de la tumeur par une pression lente et prolongée, faite dans le décubitus horizontal; on pourra voir de cette manière la tumeur diminuer graduellement et devenir flasque. Puis, comme ce moyen peut encore échouer, on devra s'informer si la tumeur n'est pas moins volumineuse le matin au moment du lever; si elle n'augmente pas au contraire à la fin de la journée; enfin, il sera nécessaire de vérifier par soi-même les renseignements fournis à cet égard par le malade et de l'examiner à divers moments. Si quelques différences de volume étaient constatées et que le doute ne fût pas complètement dissipé, on prescrirait au malade de garder le lit pendant un ou plusieurs jours, en prenant la précaution de faire tenir le bassin élevé pour faciliter l'écoulement du liquide dans l'abdomen. Marjolin (1), qui conseille ce dernier moyen, a vu, grâce à lui, plusieurs de ces pseudokystes s'affaisser d'abord, puis disparaître complètement.

Je viens de montrer les illusions auxquelles peuvent donner lieu les tumeurs liquides de l'aîne, relativement à leur réductibilité et à leur irréductibilité, et j'ai cherché, autant que

(1) Marjolin, *Société de chirurgie*, 4 juillet 1849

possible, à indiquer les moyens d'éviter toute erreur dans la constatation de ces caractères différentiels. Ce premier point élucidé, j'examinerai successivement le diagnostic des collections séreuses, suivant qu'elles sont réductibles ou irréductibles, en tenant compte aussi du siège de la tumeur dans la portion inguinale ou dans la portion crurale de l'aîne, indiqué suffisamment par sa situation au-dessus ou au-dessous de l'arcade de Fallope. Il va sans dire que, n'ayant pas la prétention de présenter ici le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs de l'aîne, je laisserai de côté celles qui n'offrent qu'une ressemblance très-éloignée avec les collections séreuses et qui s'en distingueront toujours aisément par quelques symptômes caractéristiques.

Les collections séreuses réductibles peuvent être confondues avec diverses autres tumeurs de l'aîne également réductibles, parmi lesquelles il faut citer en première ligne les hernies inguinales et crurales, puis les abcès par congestion, enfin le varicocèle pour la région inguinale, et pour la région crurale la varice de la saphène et les tumeurs lymphatiques.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur réductible de l'aîne, c'est d'abord l'idée d'une hernie qui se présente à l'esprit, et, en laissant de côté les causes d'erreur qui peuvent résulter d'une fausse réductibilité, et sur lesquelles je me suis suffisamment étendu, on peut se convaincre par la lecture des observations, que bien souvent des tumeurs séreuses réductibles, et en particulier des hydrocèles congénitales, ont été prises pour des hernies.

Cependant la collection séreuse est habituellement fluctuante, transparente, et surtout elle ne fait pas entendre de bruit de gargouillement lorsqu'on la réduit. De plus elle se distend de bas en haut, tandis que la hernie se produit de haut en bas. Mais c'est surtout d'après la manière dont le liquide se reproduit après sa réduction, que l'on devra tirer les meilleurs signes diagnostiques. Si en

effet, après avoir refoulé le liquide dans l'abdomen, pendant que le malade est couché, on fait lever celui-ci, en ayant soin de presser légèrement avec le doigt sur l'anneau, le liquide descend dans la poche et la tumeur reparaît. bien que le chirurgien n'ait rien senti passer et qu'il soit certain qu'il n'a pu descendre ni intestin, ni épiploon.

S'il est en général assez facile de distinguer à l'aide de ces caractères différentiels une collection séreuse réductible d'une hernie, le diagnostic devient plus embarrassant, lorsque les deux affections existent simultanément, et on sait que ce cas n'est pas rare. La combinaison des symptômes appartenant à la hernie et à la tumeur séreuse permettra de reconnaître leur coexistence. Ainsi, après avoir refoulé le contenu de la tumeur dans l'abdomen, pendant que le malade est couché, si l'on applique le doigt sur l'anneau et qu'on fasse lever le malade, le liquide redescend dans le scrotum et y produit une tumeur transparente, puis, si l'on cesse entièrement la pression, on sent l'intestin ou l'épiploon redescendre aussi à son tour. Cependant la présence des viscères peut être complètement masquée par l'épanchement, ainsi que Curling en a publié un exemple.

Obs. XC (1). — Un garçon de 12 ans vint consulter, à l'hôpital de Londres, pour un gonflement au côté gauche du scrotum. C'était une tumeur transparente, fluctuante, de forme ovalaire, remontant jusque dans le canal inguinal, remplissant complètement le scrotum et qui recevait une impulsion par la toux. On ne pouvait sentir le testicule gauche. Sous l'influence d'une pression légère, la tumeur disparaissait presque subitement, et on pouvait alors distinguer le testicule, qui était moitié moins gros que celui de droite. La poche dans laquelle était contenu le liquide paraissait très-épaisse au toucher. La tumeur, au dire de l'enfant, existait depuis l'âge de 2 ans. Il y avait là toutes les apparences d'une hydrocèle congénitale et l'on en voyait les symptômes habituels, si ce n'est que la tumeur disparaissait subitement et non pas graduellement par la

(1) Curling, *loc. cit.*, p. 231



pression ; on conseilla donc au malade de porter un bandage qui comprimât l'anneau inguinal. Après trois semaines de l'emploi de ce moyen, on trouva que le liquide avait entièrement disparu du sac ; car il n'en descendait plus lorsqu'on ôtait le bandage. Cependant, quand l'enfant toussait, une petite hernie intestinale se montrait ; il devint alors évident qu'on avait eu affaire à une fausse hydrocèle du sac herniaire ; et ainsi s'expliqua le seul symptôme qui ne fût pas propre à l'hydrocèle congénitale, c'est-à-dire la disparition brusque de la tumeur par la pression ; le liquide rentrait dans l'abdomen en même temps que l'intestin qu'il avait complètement masqué à l'observation.

La présence simultanée d'une hernie et d'une collection séreuse donne lieu quelquefois à un autre genre de méprise ; c'est lorsqu'il s'agit de ces cas intermédiaires, dans lesquels une partie de la tumeur est complètement réductible, tandis qu'une autre portion reste à l'extérieur ; pour peu que les caractères de cette dernière soient un peu obscurs, on croira à une hernie entéro-épiploïque partiellement adhérente. Les kystes du cordon compliqués de hernie réductible peuvent devenir la source de méprises de ce genre.

Malgaigne (1) avoue avoir été trompé deux fois par deux petits kystes, existant partie dans le canal, partie hors de l'anneau, avec hernie intestinale du même côté. Après la réduction de la hernie, il restait à l'anneau une grosseur dure, mobile, prise pour une portion d'épiploon. Chez l'un de ces sujets, on parvenait à faire rentrer cette tumeur dans le canal, mais non au delà, et l'application du bandage avait pour effet de la refouler au dehors au lieu de la contenir ; chez l'autre, on n'en faisait rentrer qu'une partie, l'autre glissant sous les doigts et demeurant opiniâtement au dehors.

Chassaignac a su triompher de la même difficulté dans un cas à peu près analogue. Cette observation mérite d'être rapportée.

(1) Malgaigne, thèse citée, p. 13.

OBS. XCI (1). — Tumeur de l'aîne réductible en partie, ou plutôt existence de deux tumeurs, l'une rentrant en totalité dans l'abdomen, l'autre occupant le trajet du cordon. Nélaton avait remarqué que cette seconde tumeur grossissait lorsque le malade restait debout, et pensait à quelque communication avec le péritoine. Chassaignac constata la transparence en se plaçant dans une obscurité absolue et en se servant du stéthoscope. Ponction exploratrice qui donna issue à un liquide d'une limpidité parfaite. Pour s'assurer qu'il n'y avait pas communication avec le péritoine, il fait d'abord une injection d'eau qui ressort complètement. Injection iodée.

Le kyste se trouvait tout entier sous la hernie. Chassaignac fait remarquer à ce propos qu'il n'est pas indifférent, dans les cas de hernie et de tumeur du cordon, de connaître la position exacte de la tumeur. « On s'en assure facilement, dit-il, en faisant monter et descendre plusieurs fois la hernie pour voir si elle passe en avant ou en arrière de la tumeur. »

Les abcès par congestion se montrent assez rarement dans la portion inguinale de l'aîne, ils apparaissent bien plus fréquemment au-dessous de l'arcade crurale. Leur fluctuation, leur apparente réductibilité pourraient les faire confondre avec certaines collections séreuses. Il ne peut être question de ces collections séreuses en communication avec le péritoine et véritablement réductibles. Je me suis suffisamment expliqué sur les caractères différents de la réduction des tumeurs liquides de l'aîne, suivant que cette réduction est réelle ou seulement apparente. Les abcès par congestion, situés en dehors de la cavité péritonéale, n'offriront qu'une fausse réductibilité, et la confusion ne sera possible qu'avec des tumeurs séreuses présentant ce même caractère; comme l'hydrocèle en bissac, certains kystes séreux et hydatiques occupant à la fois l'aîne et le bassin. La transparence, si elle était bien constatée, lèverait tous les doutes; mais, même en l'absence de ce signe, l'examen attentif des symptômes locaux et généraux permettra de distinguer ceux

(1) Chassaignac, *Société de chir.*, 4 juillet 1849.

qui appartiennent à l'abcès par congestion, en faisant découvrir des lésions du côté du squelette et surtout du côté de la colonne vertébrale, et en montrant une altération plus ou moins profonde de la santé générale.

Le diagnostic peut cependant offrir de grandes difficultés à la région crurale, siège le plus habituel des abcès par congestion, en raison de la similitude presque absolue des symptômes. C'est ainsi que dans une observation de kyste probablement ganglionnaire, étendu à la fosse iliaque, on pouvait d'autant mieux croire à l'existence d'un abcès par congestion, que l'apparition de la tumeur de l'aîne avait été précédée longtemps auparavant de douleurs le long de la colonne vertébrale (obs. 66).

Dans ces cas difficiles, il restera toujours au chirurgien une dernière ressource : lorsque, par l'examen attentif des symptômes locaux, il aura acquis la conviction que la tumeur est indépendante du péritoine, il lui sera permis de faire une ponction exploratrice qui dissipera tous les doutes.

On rencontre à l'aîne d'autres tumeurs réductibles, comme le varicocèle dans la région inguinale, la varice de la saphène interne dans la région crurale, que l'on pourrait peut-être, à un examen superficiel, confondre avec des collections séreuses également réductibles. Mais le diagnostic me paraît tellement simple et facile dans ces cas que je crois inutile de m'y arrêter.

Je me borne aussi à indiquer, comme pouvant simuler des tumeurs séreuses, les varices lymphatiques sous-cutanées et profondes. Les premières se reconnaîtront toujours à leur disposition variqueuse et plexiforme ; quant aux secondes qui se présentent sous l'aspect de tumeurs plus ou moins réductibles, un élément important dans leur diagnostic c'est qu'elles ont été observées presque exclusivement sur des sujets jeunes et bien portants originaires des colonies.

J'arrive maintenant au diagnostic différentiel des tumeurs

séreuses irréductibles. Au point de vue clinique, celles-ci se présentent sous deux états bien distincts : tantôt elles revêtent les apparences de tumeurs à marche chronique, et, à part les troubles qui résultent du volume quelquefois considérable qu'elles peuvent acquérir, elles ne donnent lieu à aucun accident sérieux ; tantôt elles se montrent avec les caractères de tumeurs aiguës et s'accompagnent de symptômes locaux et généraux plus ou moins graves qui se rapprochent de ceux de l'étranglement.

Le diagnostic devra donc être fait dans ces deux cas :  
1° lorsque la tumeur est chronique et sans accidents :  
2° lorsqu'elle s'accompagne d'accidents aigus.

Dans le premier cas, à la région inguinale aussi bien qu'à la région crurale de l'aîne, c'est encore avec la hernie, mais avec la hernie adhérente et irréductible, que la confusion est possible. Dans les cas douteux, les commémoratifs aideront souvent à faire reconnaître la nature de la maladie, en apprenant au chirurgien que la tumeur a subi pendant un certain temps des alternatives d'augmentation et de diminution dans son volume, ou même qu'elle a été complètement réductible. Mais on devra n'accorder qu'une médiocre confiance à ces renseignements fournis par le malade, et il sera préférable de chercher les éléments du diagnostic dans une étude attentive des symptômes objectifs et fonctionnels.

L'entéroccèle sera facilement reconnaissable à la percussion, elle n'offrira ni fluctuation, ni transparence ; enfin elle s'accompagnera le plus habituellement de quelques troubles digestifs. Le diagnostic de l'épiplocèle est quelquefois plus difficile ; en effet, l'épiploon peut donner naissance à une fausse fluctuation, et il faut aussi savoir que chez certains sujets il offre une transparence telle qu'on a pu croire à l'existence d'une véritable tumeur séreuse.

Voici quelques cas dans lesquels cette méprise a été commise :

OBS. XCII (1). — Warner rapporte un cas où un chirurgien très-expérimenté, trompé par cette transparence, plongea un trois-quarts dans la tumeur pour en évacuer l'eau ; mais il ne sortit au lieu d'eau qu'une petite portion d'épiploon. Il se décida alors à ouvrir le sac, coupa l'épiploon, et l'enfant guérit.

OBS. XCIII (2). Pipelet le jeune a vu avec de La Faye un enfant de 10 ans, portant sur le cordon spermatique une tumeur arrondie, et qui *semblait* transparente. On aurait pu la prendre pour une hydrocèle commençante. Ils jugèrent toutefois que la tumeur était épiploïque. La réduction fut vainement tentée, mais put enfin être obtenue quelque temps après.

OBS. XCIV (3). — Un homme de 34 ans portait depuis dix ans une hernie inguinale gauche, toujours contenue par un bandage. Un jour son bandage s'étant rompu, la hernie est devenue irréductible, mais sans symptôme d'étranglement. Depuis un mois que cet accident est arrivé, la tumeur a augmenté insensiblement de volume ; elle est molle, allongée, ou plutôt on distingue trois tumeurs : l'une en bas et en arrière, arrondie, souple, sensible à la pression, c'est le testicule ; une moyenne située au-dessus de la précédente, c'est la plus volumineuse ; elle est tendue, élastique, et paraît contenir un liquide. Quelques bosselures se font sentir dans son épaisseur. La troisième, situé dans le canal inguinal, est allongée, cylindroïde, molle ; on trouve dans son épaisseur les éléments du cordon. Elle se continue en bas avec la tumeur du milieu et se prolonge par en haut jusque dans le ventre. Si on presse sur la fosse iliaque, on sent que la tumeur est attirée vers la cavité abdominale. On a constaté la transparence vers la partie la plus inférieure de la bosselure du milieu.

Après avoir passé en revue les diverses tumeurs de la région, M. Velpeau diagnostique une hydrocèle survenue dans le sac après réduction de la hernie. Ponction répétée à trois reprises différentes ; c'est à peine si l'on obtient deux cuillerées de liquide. On peut sentir distinctement l'épiploon.

La transparence n'a donc pas une valeur séméiologique

(1) Richter, *Traité des hernies*, trad. Rougemont, t. II, p. 5.

(2) Pipelet, *Des Signes illusoires des hernies épiploïques* (*Mém. Acad. de chir.*, t. V, p. 426.)

(3) Velpeau, *Gaz. des hôpitaux*, 1839, p. 106.

absolue, surtout si l'on considère que certaines collections séreuses peuvent cesser d'être transparentes, soit par l'épaississement des parois, soit par la couleur foncée du liquide.

En raison de ces causes d'erreurs, le chirurgien devra, pour ne pas courir le risque de confondre une tumeur séreuse avec une épiplocèle, s'informer avec soin des commémoratifs, du mode de développement de la tumeur; il cherchera à apprécier sa consistance qui, dans le cas d'épiplocèle, est plutôt mollassse que véritablement fluctuante; enfin l'existence d'une bride plus ou moins distincte se prolongeant dans l'abdomen, devra faire supposer que la tumeur est formée par de l'épiploon.

La hernie de l'ovaire pourrait aussi être prise pour un kyste de l'aine, comme dans le cas suivant :

Obs. XCV (1). — Une petite fille portait depuis longtemps dans la grande lèvre une tumeur indolente, sans changement de couleur des téguments, fluctuante, très-mobile. En raison de douleurs survenues depuis peu, Guersant croit à un kyste enflammé. Ablation. On reconnaît que la petite tumeur n'était autre chose que l'ovaire atrophié, et une partie de la trompe. Péritonite, mort.

Dans ce cas le seul symptôme qui a pu faire croire à l'existence d'un kyste, c'est la fluctuation; mais celle-ci ne paraît pas avoir été constatée dans les observations de hernies de l'ovaire que j'ai pu lire, et si le doute est souvent permis dans ces cas difficiles, c'est avec une tumeur solide, avec une épiplocèle que l'affection a été confondue. On devra néanmoins se rappeler la possibilité d'une erreur semblable, et l'idée d'une hernie de l'ovaire devra être toujours présente au chirurgien dans le diagnostic d'une tumeur de l'aine. On a proposé dans les cas douteux, outre les signes objectifs du côté de la tumeur, de pratiquer le toucher rectal pour voir si l'utérus est dévié

(1) Guersant, *Société de chirurgie*, 14 mai 1851.

et si les tractions opérées sur la tumeur se transmettent à l'utérus et réciproquement.

J'ai seulement essayé jusqu'ici de distinguer une hernie irréductible d'une tumeur séreuse, mais on sait que ces deux lésions se rencontrent fréquemment ensemble ; il faut maintenant reconnaître leur existence simultanée. Le diagnostic se fonde sur la combinaison des symptômes appartenant d'une part à l'entéro-épiplocèle, d'autre part à la collection séreuse. C'est ainsi qu'une portion de la tumeur sera fluctuante, transparente, tandis que l'autre portion, habituellement celle qui occupe le voisinage de l'anneau, offrira une dureté plus grande et semblera se prolonger dans l'intérieur de l'abdomen.

J'ai rapporté deux observations dans lesquelles le diagnostic a été établi (obs. 34, 35), la suivante peut encore servir d'exemple :

OBS. XCVI (1). — Homme de 62 ans, hernie très-ancienne, non contenue par un bandage. Depuis trois jours quelques coliques et un peu de douleur, pas de hoquet, pas de vomissement. La tumeur, fort dure au voisinage de l'anneau, se continuait en un volume considérable sous une forme très-lisse, arrondie, et offrant une fluctuation manifeste. Au bas et au devant de la tumeur en était une autre renfermant le testicule, mais trop grosse pour ne contenir que cet organe, d'une fluctuation un peu douteuse, mais sans communication avec la tumeur principale.

D'après ces signes, Desault établit le diagnostic suivant : Hernie épiploïque adhérente au contour du sac vis-à-vis l'anneau, et fermant la communication du sac herniaire avec la cavité abdominale ; hydrocèle dans la cavité de ce sac. Quant à la petite tumeur située en bas et en avant, c'était le testicule avec un commencement d'hydrocèle de la tunique vaginale.

Incision couche par couche. Le sac très-épais fut ouvert avec précaution, et il s'en échappa une grande quantité de sérosité limpide. On trouva alors une grosse masse d'épiploon

(1) Pelletan, *Clinique chir.*, t. III, p. 108.

occupant toute la longueur du sac, et engagé inférieurement dans la poche qui contenait le testicule. Cette portion put être retirée, et le trou de communication avec la tunique vaginale se resserra complètement quand on eut extrait la masse graisseuse. Celle-ci adhérait par son autre extrémité à l'embouchure du sac herniaire, et en fermait la communication avec le ventre. Résection d'une portion de l'épiploon. Guérison.

Cependant il arrive parfois que l'abondance du liquide masque complètement une portion d'épiploon. C'est ce qui existait dans le fait suivant :

OBS. XCVII (1). — Jeune homme de 24 ans. Hernie crurale depuis six ans longtemps réductible et maintenue par un bandage. Irréductibilité partielle depuis quelques mois. Il y a huit jours, quelques douleurs et quelques coliques, sans vomissements ni arrêt des matières. Légère augmentation du volume de la tumeur.

Celle-ci, située au-dessous de l'arcade fémorale, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, grosse comme un œuf de poule, mobile sous la peau, assez régulière et sans bosselures, est pourvue d'un prolongement qui se dirige profondément vers la région du ligament de Gimbernat. On ne sent pas distinctement, au-dessus de l'arcade fémorale, de corde résistante indiquant une bride épiploïque à l'intérieur du ventre. La pression un peu douloureuse ne permet pas de faire diminuer le volume de la tumeur; enfin, il y a de la fluctuation et une transparence indubitable.

On diagnostique une hydrocèle dans un sac herniaire, et on ne pense pas qu'il y ait de l'épiploon pour les raisons suivantes: la tumeur est nettement fluctuante et transparente; on n'y sent aucune partie dure ou empâtée; la corde épiploïque abdominale manque. Ponction avec le trois-quarts. Après l'évacuation du liquide, on reconnaît l'existence d'une portion d'épiploon, et on se borne à prescrire l'usage d'un bandage à pelote concave.

D'autres tumeurs de l'aîne peuvent être confondues avec les collections séreuses enkystées. A la région crurale il serait possible de prendre une collection séreuse pour un abcès froid

(1) Gosselin, *Gaz. des hôpitaux*, 1850, p. 602



développé soit dans les ganglions, soit dans la bourse du psoas, soit au pourtour de l'articulation.

Je crois qu'il est inutile d'insister longuement pour tracer le diagnostic différentiel dans ces divers cas. Un seul symptôme pourra faire sûrement éviter l'erreur, c'est la transparence lorsqu'elle existe. En l'absence de ce signe, on pourrait peut-être arriver au diagnostic en se fondant sur l'indolence complète de la tumeur, sur l'absence de toute lésion du côté des parties voisines et surtout de l'articulation, enfin sur l'état d'intégrité de la santé générale. D'ailleurs une méprise de ce genre n'aurait pas une grande importance et une ponction exploratrice la ferait vite disparaître.

D'autre part une tumeur solide peut simuler un kyste. Ainsi un lipome, en raison de la fausse fluctuation qu'il présente, serait aisément pris pour une tumeur liquide. Chassaignac a rencontré chez un vieillard un lipome partant de l'aîne et se prolongeant dans le scrotum. Il crut à la fluctuation et pratiqua une incision qui lui montra la nature de la tumeur.

Il en serait de même pour certaines tumeurs cancéreuses offrant déjà un commencement de ramollissement, soit que la nature de la tumeur ayant été reconnue, on songe au développement d'une collection séreuse à l'intérieur de sa masse, soit que, le diagnostic restant incertain, on pense avoir affaire à une simple tumeur liquide à parois épaisses, à un kyste ganglionnaire par exemple. Cette dernière erreur sera assez facilement évitée, si l'on tient compte des signes habituels du cancer, de l'âge du sujet, de l'existence d'une tumeur de même nature dans une région dont les vaisseaux lymphatiques aboutissent aux ganglions inguinaux, et surtout de l'existence simultanée ou antérieure d'un cancer des organes génitaux.

J'ai vu l'an dernier dans le service de mon excellent maître

1) Chassaignac, *Société de chirurgie*, 22 juin 1859.

le D<sup>r</sup> Cusco, une tumeur cancéreuse de la portion crurale de l'aîne, chez un enfant d'une quinzaine d'années, dont le diagnostic a présenté quelques difficultés. Quoique les signes fussent ceux du cancer, cette tumeur offrait une fluctuation tellement évidente qu'on crut devoir faire plusieurs ponctions exploratrices, qui ne donnèrent issue qu'à quelques gouttes de sang. L'illusion était telle que même après l'ablation de la tumeur, on éprouvait encore une sensation manifeste de fluctuation, et ce fut seulement après l'avoir coupée que nous pûmes nous convaincre qu'elle ne renfermait aucune collection liquide.

Réciproquement il pourrait arriver de confondre une tumeur séreuse avec une tumeur solide. C'est ainsi qu'une hydrocèle inguinale peu volumineuse, coïncidant avec l'absence du testicule de ce côté, pourrait passer inaperçue, le chirurgien pensant que la tumeur est simplement formée par le testicule retenu à l'anneau. Mais le volume supérieur à celui d'un testicule normal, la fluctuation, la transparence, permettront de reconnaître la nature de la maladie. C'est d'après ces caractères que le diagnostic a été fait par Roux dans un cas où l'erreur que je signale avait été commise :

Obs. XCVIII. (1)—Un enfant de 11 ans se présente à la Charité portant dans la région inguinale une tumeur du volume d'un petit œuf, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau. Des médecins avaient pris cette tumeur pour une hernie, et conseillé l'usage d'un brayer; d'autres ayant remarqué que le scrotum, vide de ce côté, ne contenait qu'un testicule, la prirent pour un testicule à l'anneau. Enfin Roux, observant que d'une part l'irréductibilité de cette tumeur éloignait l'idée de hernie, et que de l'autre son volume dépassait de beaucoup celui qui est propre au testicule à cet âge, conçut le soupçon d'une hydrocèle, présomption confirmée par la sensation de fluctuation obscure, et surtout par une transparence manifeste. L'irréductibilité fit éloigner l'idée d'une hydrocèle congénitale.

(1) Roux, *Lancette française*, 1830, t. IV, p. 79.

On ne fit aucune opération en raison du peu de volume de la tumeur et du peu de gêne qu'elle occasionnait.

Le même diagnostic a été fait par Blandin dans un cas de cryptorchidie, où l'on avait pris une hydrocèle aiguë de la tunique vaginale pour une orchite (1).

Dans la portion crurale de l'aîne un hygroma pourrait être pris pour une adénite indolente, si la fluctuation ni la transparence n'étaient constatées. — Cette erreur n'aurait aucune importance.

Enfin, je rappellerai cette méprise singulière dans laquelle une hernie musculaire fut confondue avec un kyste et reconnue seulement après l'incision (2).

Jusqu'ici j'ai cherché à distinguer les collections séreuses de l'aîne des autres tumeurs liquides ou solides, réductibles ou irréductibles, offrant les caractères de la bénignité et ne donnant lieu à aucun symptôme fâcheux. Mais on sait que certaines tumeurs séreuses en s'enflammant présentent un appareil symptomatique grave et qui simule plus ou moins complètement l'étranglement herniaire. Il faut donc encore, dans le diagnostic différentiel des collections séreuses de l'aîne, considérer le cas d'une tumeur accompagnée d'accidents. Ici les difficultés deviennent très-grandes et les causes d'erreurs sont multipliées.

Et d'abord une collection séreuse enflammée peut être prise pour une hernie étranglée qui n'existe pas. Dans un certain nombre de cas, les accidents locaux et généraux seront assez bénins pour que la confusion puisse être évitée après un examen attentif ; c'est ainsi que les kystes du cordon enflammés se reconnaîtront le plus souvent sans peine.

OBS. XCIX. — Enfant de 14 ans. On l'amène à l'hôpital pour une hernie exigeant les secours les plus prompts. Pott trouve

(1) Curling, *loc. cit.*, p. 59.

(2) Roullois, *Archives*, 1<sup>re</sup> série, t. XXII, p. 241.

(3) P. Pott, *Œuvres chir.*, t. II, p. 71.

une tumeur du cordon, indépendante du testicule, dure et volumineuse, peu douloureuse. Le malade dit qu'elle s'était manifestée dans le cours d'une semaine, et qu'il n'avait pas été à la selle depuis cinq jours. Aucun autre symptôme d'étranglement. Pott hésitant, et jugeant que l'opération n'est pas d'une nécessité immédiate, prescrit une saignée et un purgatif. Selle copieuse dans la journée.

Le lendemain, on procède à l'opération avec les plus grandes précautions. C'était un simple kyste.

OBS. C (1). — Robert a observé un imprimeur qui portait un kyste intra-inguinal. Un jour la tumeur s'enflamma et devint douloureuse, il y eut des vomissements, et l'on crut à l'existence d'une hernie étranglée. Au premier abord, Robert crut qu'il s'agissait d'une hernie, cependant, deux choses le mirent sur la voie du diagnostic : l'ensemble des symptômes faisait soupçonner, il est vrai, une hernie inguinale; mais, puisque le malade allait à la garde-robe, ce n'était pas une entérocele, et d'autre part, la tumeur, lisse et fluctuante, excluait l'idée d'une épiplocèle.

La tumeur ne dépassait pas l'anneau inguinal externe; le testicule de ce côté était sain dans le scrotum, on ne pouvait admettre l'hypothèse d'un testicule enflammé. Dans cet embarras on fit appliquer des sangsues. Les douleurs, l'inflammation, se calmèrent, et on put voir qu'il s'agissait d'une tumeur liquide parfaitement circonscrite et indolore. C'était donc ou une hydrocele développée dans un ancien sac herniaire ou un kyste du cordon. — Ponction suivie d'injection iodée. Guérison.

Dans le cas suivant, le diagnostic était rendu plus difficile, en raison de l'existence antérieure d'une hernie.

OBS. CI (2). — Un jeune garçon de 15 ans fut admis à l'hôpital, pour une maladie qu'on croyait être une hernie étranglée. A l'âge de 3 ans, ce malade avait été affecté d'une hernie du côté droit. Il avait porté un bandage pendant deux ans, puis en avait cessé l'usage, parce que la hernie lui avait paru guérie. Le matin de son admission, il avait été pris, au milieu de son travail, d'une douleur dans l'aîne droite, où le toucher

(1) Robert, *Clinique chirurgicale*, p. 392.

(2) Curling, *loc. cit.*, p. 208.

lui fit reconnaître l'existence d'une petite tumeur. La douleur continuant, il regagna son logis et ne tarda pas à vomir.

Un chirurgien, qui fut appelé, pratiqua le taxis, et, ne pouvant réduire ce que, d'après les commémoratifs et l'examen, il considérait comme une hernie, il dirigea le malade sur l'hôpital, où on l'examina de nouveau. Après l'avoir placé dans un bain chaud, on m'envoya chercher pour pratiquer l'opération. Je trouvai le malade avec la face anxieuse et des nausées. Juste au-dessous de l'anneau inguinal se trouvait une tumeur ovale, grosse comme un petit œuf de poule, extrêmement tendue et sensible; elle avait un collet rétréci, qui s'étendait dans le canal inguinal, ne recevait aucune impulsion par la toux et était située au-dessus du testicule qui en était indépendant.

Examinée à la lumière transmise, cette tumeur était parfaitement transparente. Curling en conclut immédiatement que c'était une hydrocèle aiguë du cordon spermatique, et les symptômes furent amendés par l'application de sangsues et de glace sur la tumeur et par l'administration du calomel et de l'opium. Le malade fut renvoyé au bout de quelques jours; le liquide avait alors presque entièrement disparu. Au-dessus de la tumeur se trouvait une petite hernie, pour laquelle un bandage fut ordonné.

Dans les observations précédentes, le peu d'intensité des phénomènes généraux, les caractères locaux de la tumeur ont permis d'établir le diagnostic; mais il est d'autres cas plus obscurs, dans lesquels le chirurgien a cru à une hernie étranglée et n'a reconnu son erreur qu'en pratiquant l'opération, et en pénétrant dans une cavité séreuse qui communiquait ou non avec la cavité abdominale et ne renfermait aucun viscère.

J'ai déjà rapporté plusieurs observations de kystes et de pseudo-kystes sacculaires enflammés dont la nature n'a été constatée que pendant l'opération. Je citerai encore ici un fait très-intéressant qui montre que la tumeur mise à nu peut présenter les apparences d'une véritable hernie, d'où résulte une nouvelle cause d'embarras :

OBS. CII (1). — Hernie crurale étranglée chez une femme de 35 ans.

*Opération.* Après l'incision de la peau, on met immédiatement à découvert une tumeur bosselée, ayant tout à fait l'aspect d'une entéroccèle, tant pour la couleur que pour la consistance.

Le chirurgien se demande si on a affaire à un kyste ou à une hernie akystique du cæcum. Pour sortir d'incertitude, il eut recours aux trois moyens suivants : 1° Il fit une dissection complète de la tumeur, dans l'espérance que quelques particularités de sa surface pourraient fournir des indices inattendus. 2° Il rechercha, par un examen plus attentif, s'il ne découvrirait pas quelques traces de la présence d'un sac. Cette recherche fut négative. 3° Il chercha à reconnaître l'existence ou la non-existence d'un pédicule. Le résultat de ses recherches fut qu'il existait positivement un pédicule, et, pour cette raison, jointe à celles qui sont fournies par la configuration de la tumeur, se rapprochant plus de celle d'une hernie que de celle d'un kyste, et par les commémoratifs, établissant nettement que la malade portait antérieurement une hernie, il conclut qu'il avait affaire à une hernie du cæcum.

Tentatives infructueuses de réduction. On essaye alors de débrider, au niveau du pédicule, en allant du dehors en dedans. Impossibilité absolue de réduire ou même d'ébranler le pédicule de la tumeur. On cherche alors à détruire les adhérences supposées par des tiraillements et des décollements au moyen de la spatule. Ces manœuvres permirent d'introduire le doigt indicateur sur tout le pourtour du pédicule, entre ce dernier et les parties qui le cernaient. Nouvelles tentatives de réduction, toujours suivies d'insuccès.

Près de laisser les choses dans cet état, et en insistant encore sur les tentatives de réduction, le chirurgien aperçoit tout à coup dans la main qui tenait la hernie un liquide presque transparent, sans odeur fécale. Après avoir ouvert la poche affaissée qu'il avait sous les yeux, il découvre une surface rose et lisse, et pensant être dans un kyste, il recherche s'il existe quelque communication avec l'abdomen. Il finit par trouver à la partie supérieure un petit orifice dans lequel

(1) Chassaignac, *Des Sacs herniaires deshabités* (Revue méd.-ch., 1855, t. XVII, p. 281).

on put introduire une sonde cannelée qui pénétra jusque dans la cavité péritonéale.

On excise une partie du kyste. Guérison.

Enfin, outre les kystes sacculaires, je rappellerai que dans un seul cas (obs. 87) une hydrocèle en bissac enflammée et suppurée a été prise pour une hernie étranglée et opérée comme telle par Dupuytren.

L'erreur pouvait-elle être évitée dans ces cas? Si l'on voulait se montrer sévère, on pourrait peut-être accuser le chirurgien d'une trop grande précipitation, et on trouverait sans doute, comme je l'ai déjà fait remarquer, que dans la plupart des observations les accidents locaux et généraux n'étaient pas ceux de l'étranglement véritable et n'étaient pas assez pressants pour justifier l'opération. Mais, si l'on considère d'une part que l'erreur dont il s'agit n'entraîne généralement avec elle aucune suite fâcheuse, et même que, dans certains cas et en dehors de tout étranglement, l'opération a été réellement utile en faisant cesser la distension exagérée d'un kyste enflammé, ou en évacuant une collection purulente, et si, d'autre part, on met en parallèle la gravité de l'erreur opposée qui consisterait à méconnaître une hernie véritable, masquée par une collection séreuse, loin de blâmer une trop grande précipitation de la part du chirurgien, il serait plus sage d'en déduire ce précepte que, dans les cas douteux, l'opération ne doit pas être retardée.

Mais d'autres difficultés peuvent se rencontrer dans la pratique : une tumeur de l'aîne offre les signes de l'étranglement; on opère et on pénètre dans une cavité kystique plus ou moins enflammée, ne contenant ni intestin, ni épiploon et ne présentant aucune communication avec l'abdomen. On peut penser que l'inflammation de ce kyste est la seule cause des accidents, et laisser subsister un étranglement herniaire véritable que masquait un kyste anté-herniaire. Cette erreur,

dont on mesure aisément les conséquences, a été commise dans le fait suivant :

OBS. CIII (1). — Sanson opère une femme de 51 ans, affectée d'une tumeur inguinale, avec symptômes d'étranglement. Il tombe d'abord dans un petit foyer purulent, puis dans une poche remplie de sérosité : est-ce un kyste? est-ce un sac herniaire? Nulle communication avec l'anneau crural. Sanson diagnostique un kyste et Dupuytren confirme; mais, quelques jours après, un ver lombric et des matières intestinales sortent de la plaie, une fistule stercorale s'établit.

Dans l'observation suivante le chirurgien a su éviter une méprise semblable.

OBS. CIV (2). — Homme de 20 ans, portant, depuis son enfance, une hernie inguinale qui s'était étranglée une première fois et avait été réduite. Un an après, nouvel étranglement. La tumeur était scrotale, avait le volume d'un œuf de poule environ, et présentait tous les caractères d'une hernie, à cela près d'une légère inégalité qu'on y remarquait près de l'anneau. Taxis infructueux. Opération.

Après avoir fait une incision qui s'étendait de la partie supérieure de la hernie jusqu'à sa partie inférieure, le chirurgien pratiqua avec précaution une ouverture au sac, et reconnut, non sans étonnement, qu'il ne contenait ni intestin, ni épiploon, mais seulement 2 onces de sérosité. La cavité du sac n'avait aucune communication ni avec l'abdomen, ni avec la tunique vaginale du testicule; elle avait l'apparence d'un ancien sac herniaire. L'incision ayant été prolongée en haut, de manière à mettre à découvert l'anneau inguinal, on vit alors un second sac herniaire, ayant à peu près le volume du pouce, traversant cet anneau et placé à côté de l'ancien. Il contenait une anse d'intestin étranglé.

Débridement et réduction. Guérison.

On trouve dans les auteurs un certain nombre d'observations semblables et j'en ai déjà rapporté quelques-unes.

(1) Sanson, *Archives*, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 389.

(2) A. Cooper, *Œuvres*, p. 284, obs. 251.



J'ajouterai que, de même qu'un kyste anté-herniaire, une hydrocèle vaginale remontant dans le canal inguinal pourrait faire méconnaître la présence d'une hernie étranglée située en arrière.

Quoique la méprise que je signale ait été commise par des chirurgiens habiles, elle pourra, je pense, être évitée dans un grand nombre de cas. J'ai déjà dit que les simples kystes enflammés ne donnent pas lieu habituellement aux symptômes de l'étranglement véritable. Lors donc que ceux-ci existent et sont bien caractérisés, on devra se tenir sur ses gardes; s'il arrive que pendant le cours de l'opération on pénètre dans l'intérieur d'une cavité séreuse ne contenant pas de viscère, il faudra songer que l'on a affaire à un kyste anté-herniaire et ne pas s'arrêter en chemin. Le plus souvent en effet, en explorant attentivement tous les points de la surface interne de ce kyste, en agrandissant l'incision extérieure, on découvrira une autre tumeur soulevée à chaque effort de toux, et en incisant avec précaution, on pénétrera dans l'intérieur d'un véritable sac herniaire contenant une anse intestinale étranglée. Mais, alors même que les accidents n'offriraient qu'une médiocre intensité, et qu'on serait par suite tenté de les attribuer à l'inflammation pure et simple du kyste que l'on a mis à découvert, il sera nécessaire, avant de se prononcer à cet égard, d'explorer avec le plus grand soin la cavité de ce kyste de rechercher s'il existe une communication avec l'abdomen, enfin de s'assurer par une dissection attentive des rapports du kyste avec les anneaux.

Les kystes péri-herniaires deviennent parfois la source de difficultés plus sérieuses encore : pendant l'opération de la hernie étranglée, le chirurgien ouvre une cavité séreuse remplie de liquide, et contenant une tumeur dont l'apparence est celle de l'intestin ou de l'épiploon; pensant avoir pénétré dans le sac herniaire et mis à nu la partie étranglée, il la réduit. Mais la tumeur ainsi refoulée dans l'abdomen est le

sac herniaire contenant une anse intestinale étranglée; la cavité séreuse qui a été ouverte et qui entourait le sac n'est autre chose qu'un kyste péri-herniaire. Cet accident grave a été observé un certain nombre de fois, et comme les faits de ce genre sont d'un haut enseignement pour la pratique, j'en rapporterai quelques-uns.

OBS. CV (1). — Lecat opéra un homme attaqué de tous les symptômes de l'étranglement. Il ouvrit un sac d'où il s'écoula un peu de fluide et ne fut pas peu surpris d'y découvrir une seconde tumeur, qui ne pouvait être qu'un deuxième sac ou un appendice d'intestin. Le grand nombre de vaisseaux qui se distribuaient à la surface de ce sac membraneux, son épaisseur, sa structure fibreuse, lui firent adopter ce dernier sentiment, bien que sa forte adhérence avec le cordon et avec le premier sac lui inspirât des doutes. Dans son incertitude, il crut prendre un parti qui convenait aux deux cas possibles. Il détruisit les adhérences et repoussa ce sac ou cet appendice dans le ventre. Le malade étant mort, il vit que c'était le vrai sac herniaire qu'il avait réduit.

L'observation suivante est remarquable par la réunion de circonstances singulières qui expliquent l'erreur dans laquelle est tombé le chirurgien.

OBS. CVI (2). — Homme de 46 ans. Depuis deux ans, hernie crurale mal contenue par un bandage. Étranglement depuis deux jours. Opération faite par Verneuil.

Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire légèrement infiltré, on tombe sur une tumeur réniforme du volume d'une noix, sans adhérences avec les lames celluleuses disséquées. Il semble que l'on ait affaire à un gros appendice intestinal, comme on en rencontre sur le bord convexe de l'intestin. Cette tumeur est blanche, peu tendue; ses parois sont fermes, élastiques, comparables à celles de l'intestin, quelques vaisseaux étoilés et ramifiés. Le pédicule est de la grosseur du petit doigt, très-serré par l'anneau constricteur et adhérent à la tumeur par sa grosse extrémité. Est-ce le sac? est-ce l'intestin? Depuis

(1) Lecat, *Transact. philos.*, t. XLVII, 1750.

(2) Coulhon, thèse Paris 1861, p. 31, obs. 7.

Le temps que dure l'étranglement, l'intestin serait rougeâtre ou violacé. Verneuil se décide à ouvrir la tumeur sur son bord convexe. L'ouverture de la poche laisse voir un tissu filamenteux, à mailles remplies de sérosité parfaitement limpide. Le tissu filamenteux qui existe dans toute l'étendue des parois de la tumeur adhère d'un côté à la paroi incisée, de l'autre, à une lame finement dentelée, parcourue de gros vaisseaux, rouge-brun, et semblable à l'épiploon. Cette lame dentelée étant relevée, ou découvre une tumeur noirâtre, parfaitement sphérique, du volume d'une petite noix. On croit que c'est l'intestin, et comme la petite tumeur est ferme dans une petite partie de son étendue, mais molle et flasque dans l'autre partie, on pense que l'intestin est gangrené.

Verneuil se propose donc d'établir un anus contre nature: après avoir débridé à grand'peine, il tire un peu sur la tumeur avec beaucoup de précaution, passe un fil dans le milieu de son pédicule pour la retenir au dehors; enfin, incisant les parois, il fixe par quelques points de suture les lèvres de l'incision de la tumeur à celles de l'incision cutanée. Pendant l'ouverture de la tumeur il ne s'est écoulé qu'un peu de liquide trouble, de couleur jaunâtre et sans odeur. Une sonde est introduite soi-disant dans l'intestin dont on ne peut découvrir que l'un des bouts; elle ne livre passage qu'à une petite quantité de matière d'un blanc jaunâtre, contenant quelques flocons albumineux.

Persistance des accidents; mort deux jours après.

A l'autopsie, on constate que la hernie avait été réduite par le taxis et que l'opération a porté non sur l'anse intestinale, mais sur le sac herniaire lui-même. La première tumeur dans laquelle on a pénétré et qui avait été regardée comme le sac, n'était autre qu'une bourse séreuse ou un ancien sac oblitéré.

On trouve dans les auteurs d'autres observations de kystes péri-herniaires dans lesquelles le chirurgien a su éviter une erreur semblable. Je rapporterai brièvement le fait suivant, parce que la nature du liquide contenu dans la cavité du kyste devait inspirer des doutes.

OBS. CVII (1). — Hernie crurale réductible depuis quinze

(1) Bauchet, *Société de chirurgie*, 20 février 1861.

ans; pas de bandage; symptômes d'étranglement. Opération le cinquième jour.

La division des couches sous-cutanées donna issue à deux cuillerées environ de liquide séro-purulent, d'odeur stercorale et qui s'écoule d'une cavité d'apparence séreuse. Cette incision a mis à découvert une masse arrondie, d'un blanc bleuâtre, d'aspect un peu grassex, dont le doigt fait aisément le tour. Est-ce le sac? est-ce l'intestin? Après quelques hésitations d'autant plus légitimes que l'on se trouvait dans une véritable cavité séreuse, on incise la tumeur; il s'en écoule un liquide ayant les mêmes caractères que celui qui était contenu dans la cavité précédente. On est dans la cavité du sac herniaire renfermant une anse intestinale étranglée.

Les exemples précédents montrent comment les kystes péri-herniaires peuvent être, pendant l'opération de la kélotomie, la source de graves méprises ou du moins de sérieuses hésitations.

Dans la portion inguinale de l'aîne, une hydrocèle en bissac peut conduire à la même erreur, lorsqu'il existe en même temps une hernie dont le sac vient faire saillie dans la tunique vaginale, variété de hernie sur laquelle nous avons attiré l'attention du lecteur.

Le chirurgien opérant une semblable tumeur et ayant ouvert la tunique vaginale peut croire à l'existence d'une hernie congénitale étranglée, prendre la face externe du sac pour l'intestin et le réduire en masse. Dans le cas suivant, la mort a été le résultat d'une semblable erreur.

Obs. CVIII (1). — Méry opérant une hernie inguinale étranglée, ouvrit le scrotum et pénétra dans la tunique vaginale remplie d'un liquide noirâtre et fétide. Il y aperçut un intestin aveugle affaissé, mais sain au lieu d'être gangrené comme il se l'était imaginé; il était percé d'un trou, mais si petit qu'à peine aurait-il pu admettre une épingle. Il réduisit, non sans difficulté, et après avoir détruit les adhérences à l'anneau. Le malade étant mort de péritonite, on constata que ce qu'on

(1) Méry, *Acad. des sciences*, 1701, p. 375.

avait pris pour une anse intestinale n'était autre chose qu'un sac herniaire : l'intestin était gangrené.

D'un autre côté, j'ai rapporté plus haut (obs. 21) un fait très-intéressant publié récemment par Bourguet, d'Aix, dans lequel la même faute aurait peut-être été commise, si le sac herniaire ne s'était rompu accidentellement et pendant un effort de traction exercée sur la tumeur qu'on prenait pour l'intestin.

En présence des difficultés presque insurmontables que l'on peut éprouver pendant l'opération de la kélotomie, pour déterminer si l'on a pénétré dans la cavité du sac herniaire, il serait vain sans doute de chercher à donner des préceptes applicables à tous les cas. Il se pourra toujours, comme dans le cas de Verneuil (obs. 106), que diverses circonstances tout à fait imprévues viennent dérouter les plus habiles. Néanmoins, ces faits exceptionnels sont très-utiles à connaître, et c'est en lisant avec attention le récit de ces erreurs que l'on parviendra à les éviter.

Lors donc que, pendant l'opération d'une hernie étranglée, le chirurgien aura pénétré dans une cavité séreuse (kyste ou tunique vaginale) dans laquelle fait saillie une tumeur qui présente des caractères un peu douteux, il devra se tenir sur ses gardes et s'assurer si la cavité qu'il a ouverte est bien le sac herniaire. Si la face externe de ce dernier simule parfois à s'y méprendre l'aspect général de l'épiploon ou de l'intestin, le plus souvent la disposition des vaisseaux du sac et de l'intestin est différente. Tandis que les artères et les veines de l'intestin sont très-multipliées, partent du mésentère et forment autour de l'anse intestinale un riche réseau qui se divise en un grand nombre d'arcades anastomotiques, les vaisseaux qui rampent à la surface du sac sont plus rares, plus irrégulièrement distribués. Dans le fait de Bourguet, les artères et les veines que l'on apercevait sur les pa-

rois du sac étaient au nombre de trois ou quatre seulement, et affectaient une direction presque verticale.

La forme et le volume du pédicule de la tumeur aideront encore au diagnostic. Si c'est à l'intestin que l'on a affaire, son pédicule sera habituellement libre de tous côtés, jusqu'au niveau du point étranglé, et le doigt pourra le contourner dans tous les sens; un débridement, quelquefois même léger, permettra d'introduire le doigt jusque dans l'abdomen. Au contraire, si c'est le sac non ouvert que l'on a sous les yeux, on constatera que son pédicule est large et adhère plus ou moins intimement au pourtour de l'anneau, et même, s'il s'agit de la hernie inguinale à double sac (hernie enkystée d'A. Cooper), l'adhérence aura lieu parfois à la surface interne du canal inguinal. Enfin, comme cela existait dans le fait de Bourguet, l'inégalité d'épaisseur des parois du sac, sa minceur extrême dans quelques points, sa très-grande densité dans quelques autres, qui peut aller même jusqu'à la consistance fibreuse, mériteront d'être prises en sérieuse considération.

Mais, outre ces signes différentiels, dont la constatation peut être plus ou moins difficile, un élément capital dans le diagnostic, c'est l'impossibilité d'attirer les parties à l'extérieur et de les déplisser, aussi bien que de les réduire à l'intérieur. Ces deux derniers caractères n'ont manqué dans aucune des observations, et lorsqu'on a pu réduire la tumeur, ça été seulement après de grandes difficultés, et après avoir détruit les adhérences au pourtour de l'anneau.

Par conséquent, le précepte d'attirer les parties à l'extérieur dans l'opération de la hernie étranglée, prend ici une importance capitale, et souvent en opérant des tractions sur la tumeur pour en apprécier la nature, on pourra produire une déchirure accidentelle du sac qui lèvera toute espèce de doutes, comme cela est arrivé dans le cas rapporté par Bourguet, d'Aix.

Enfin, si ces manœuvres avaient échoué, je pense aussi que, pour sortir d'incertitude, il serait permis de faire une ponction à l'aide d'un instrument très-fin. L'écoulement d'une petite quantité de liquide séreux indiquerait suffisamment que l'on a affaire à un sac herniaire.

Avant de terminer ce que j'avais à dire du diagnostic des tumeurs séreuses de l'aine accompagnées d'accidents, je signalerai, sans m'y arrêter davantage, quelques autres cas curieux par la réunion de circonstances fortuites, capables de jeter le chirurgien dans le plus grand embarras. Par exemple un malade atteint de symptômes d'étranglement présente deux hernies. On opère du côté où les accidents locaux paraissent le plus pressants; on trouve un kyste. Doit-on s'arrêter là? Une semblable conduite a eu des conséquences funestes dans le cas suivant :

OBS. CIX (1).—Femme de 83 ans, portant une hernie du côté gauche depuis quinze ans, devenue irréductible il y a deux ans.

A la suite d'un effort, douleur dans l'aine gauche, puis coliques, borborygmes, constipation. On trouve dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, peu sensible, incomplètement réductible, avec gargouillement. Ventre non douloureux, un peu tendu. Les symptômes de l'étranglement se prononcent de plus en plus, vomissements fécaloïdes le troisième jour. La tumeur n'a pas augmenté de volume, elle est indolente.

En examinant l'aine du côté opposé, le chirurgien découvre une petite tumeur douloureuse, placée immédiatement au-dessous de l'anneau crural. Il opère de ce côté. Après l'ouverture d'une poche qui renferme 5 ou 6 gros de sérosité rougeâtre, il reconnaît que la tumeur qu'il avait prise pour une hernie étranglée communique avec la cavité du péritoine par une ouverture qui permet l'introduction d'une sonde cannelée, mais qu'elle ne renferme aucune portion d'intestin ni d'épiploon. Persistance des accidents; mort quatre jours après.

(1) Nivet, *Archives*, 2<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 32.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions de la péritonite, une hernie crurale de l'iléon à gauche, étranglée dans une ouverture de l'épiploon.

Dupuytren a rapporté une observation ayant quelque analogie avec la précédente; seulement le chirurgien s'étant décidé à opérer de l'autre côté, trouva aussi un kyste, et ce fut seulement par un examen attentif qu'il découvrit en arrière le véritable sac.

OBS. CX (1). Homme de 40 ans portant deux hernies inguinales. La hernie du côté gauche s'étrangle. Un chirurgien la réduit après plusieurs tentatives de taxis. Les symptômes de l'étranglement persistent; les deux hernies sont réduites.

On hésite sur le côté où l'opération doit être faite. Le malade accusant une douleur plus vive à droite, Dupuytren opère de ce côté.

Après l'incision de la peau, se présente une petite tumeur qu'on put prendre un instant pour le cordon spermatique, puis pour le sac herniaire. C'était un kyste contenant une grande quantité de sérosité, derrière lequel était placé le véritable sac herniaire. Celui-ci, peu volumineux, ne contenait ni intestin, ni épiploon, mais seulement un peu de sérosité dans laquelle nageaient quelques flocons albumineux. Le doigt pouvait être introduit dans l'abdomen.

Dupuytren pratique à l'instant l'opération de l'autre côté. Après l'incision de la peau et des couches celluleuses, il ouvre une poche qu'il prend pour le sac herniaire, et qui contenait une masse grasseuse que Dupuytren considère d'abord comme étant formée par l'épiploon. Mais apercevant au-dessous un feuillet fibreux et faisant tousser le malade, il voit se soulever ce feuillet qu'il incise avec précaution, ainsi que quelques parties sous-jacentes. C'était un sac herniaire contenant une assez grande quantité de sérosité sanguinolente et une anse intestinale étranglée. Débridement, réduction: guérison.

Enfin l'observation suivante est curieuse par la coïncidence d'un étranglement interne avec la présence d'un kyste du cordon, que l'on avait pris pour une hernie étranglée.

OBS. CXI (2). — Un soldat atteint de syphilis fut, après sa

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 572.

(2) Heyfelder (*Österreich zeltschrift für pract et Heilkunde et l'Union*; 1859 t. IV, p. 63.)



guérison, renvoyé avec un bandage herniaire qu'on lui donna pour maintenir une prétendue hernie inguinale. Quatorze jours plus tard, il revient à l'hôpital. On avait diagnostiqué une hernie étranglée. Le chirurgien, en examinant la région, ne trouve point de hernie, mais dans le canal inguinal droit, une tumeur ovale presque du volume d'un œuf de pigeon, remplissant entièrement le canal inguinal. Symptômes d'une péritonite violente. Mort.

A l'autopsie, on trouve à 10 pouces du duodénum un étranglement annulaire dur et comme calleux, large de 3 lignes; 5 pouces plus bas une seconde constriction analogue, et sur le bord convexe de l'intestin une perforation ronde, de 2 lignes de diamètre, dans laquelle un lombric était engagé. L'orifice interne du canal inguinal droit était oblitéré, et la tumeur était formée par une hydrocèle enkystée partant du cordon spermatique.

Je viens de montrer combien il est souvent difficile de distinguer les collections séreuses de l'aîne des autres tumeurs de cette région, et j'ai cherché par des exemples à indiquer les principales causes d'erreur et les moyens d'en triompher. Il reste encore, pour compléter le diagnostic, à établir les caractères différentiels qui séparent les unes des autres les nombreuses variétés de collections séreuses. Ici encore doit intervenir la distinction capitale qui a déjà été faite, et qui se tire de la réductibilité ou de l'irréductibilité de la tumeur. J'ai longuement insisté sur les caractères variables de ces deux symptômes et sur les illusions qui en résultent; je n'y reviendrai pas et je renverrai le lecteur à ce que j'en ai dit au début de ce chapitre. J'examinerai donc successivement les tumeurs séreuses réductibles et irréductibles dans la portion inguinale et dans la portion crurale de l'aîne.

Les tumeurs séreuses réductibles qui se rencontrent à la région inguinale, c'est-à-dire au-dessus de l'arcade de Fallope, sont : les hydrocèles congénitales péritonéo-vaginale et péritonéo-funiculaire avec ou sans cryptorchidie, les pseudokystes sacculaires avec ou sans viscères.

Les variétés d'hydrocèles congénitales se reconnaîtront en général assez facilement. L'hydrocèle péritonéo-vaginale sera caractérisée par l'existence d'une tumeur molle, fluctuante, réductible, transparente, occupant surtout le scrotum et remontant plus ou moins le long du canal inguinal. L'hydrocèle péritonéo-funiculaire offre les mêmes symptômes, mais se distingue de la précédente en ce qu'elle occupe seulement la partie supérieure du canal inguinal et ne descend pas dans le fond du scrotum.

L'hydrocèle congénitale avec cryptorchidie se reconnaîtra à l'absence du testicule dans le scrotum du même côté, et à l'existence dans la région inguinale d'une tumeur offrant les mêmes caractères que dans les cas précédents. Si le testicule occupe la région inguinale, sa présence pourra également être constatée. Comme les observations d'hydrocèles congénitales avec cryptorchidie sus-inguinale ne sont pas très-fréquentes, je rapporterai la suivante, dans laquelle les symptômes sont exposés avec soin et qui peut servir de type pour le diagnostic.

Obs CXII (1). — Jeune homme de 16 ans n'ayant qu'un testicule dans les bourses, mais sans qu'il sût à quel côté il appartenait, parce que le raphé tombe juste sur le milieu du testicule. Depuis trois mois, sans cause connue, sans effort, sans secousses de toux, une grosseur du volume d'une noix, indolente, sans changement de couleur à la peau et se réduisant spontanément par le décubitus horizontal, s'est prononcée au-dessous de l'anneau externe du canal inguinal droit, qu'elle ne débordait que de son volume. Le doigt, introduit dans le canal inguinal droit, ne constate rien dans toute sa longueur; mais il rencontre au niveau de son orifice supérieur et un peu au-dessus, une grosseur sur laquelle il glisse, qui a la forme, la consistance, la sensibilité spéciale du testicule, mais on n'y distingue pas d'épididyme. En pressant sur l'extrémité supérieure du testicule, on peut l'engager dans le canal inguinal et même lui faire franchir l'anneau. Dès que le malade est debout, une tumeur se prononce lentement et progressivement au-

(1) Morel-Lavallée, *Société de chirurgie*, 20 avril 1859.

dessous de l'anneau inguinal externe. C'est d'abord comme une espèce d'intestin vide, affaissé et comme chiffonné; un peu plus tard la cavité se remplit, acquiert une certaine tension, devient fluctuante. Elle se réduit à la moindre pression, mais d'une façon toute particulière; ce n'est pas le liquide seul qui rentre dans l'abdomen; la poche qui le contient y rentre avec lui, et cette réduction se fait même spontanément par le décubitus dorsal. Il faut ajouter que les secousses de toux augmentent la tension et le volume de la tumeur, mais sans y produire de gargouillement, pas plus que sa sortie et sa rentrée. Morel-Lavallée annonça qu'il s'agissait d'une hydrocèle congénitale, diagnostic que la transparence est venue confirmer.

Les pseudo-kystes sacculaires sans viscères se présentent avec les mêmes caractères que les variétés d'hydrocèles congénitales, et le plus souvent le diagnostic sera à peu près impossible. Les commémoratifs seuls et l'existence bien démontrée d'une hernie antérieure pourraient faire admettre que l'on a affaire à un pseudo-kyste sacculaire, et encore ces renseignements n'auraient-ils qu'une médiocre valeur puisqu'ils pourraient se rapporter à une hernie congénitale. J'ajouterai, comme élément du diagnostic, que l'hydrocèle congénitale s'observe surtout chez les jeunes sujets, tandis que les sacs herniaires rétrécis à leur collet et remplis de sérosité se rencontrent habituellement chez des sujets déjà assez âgés.

Quant à la distinction des pseudo-kystes sacculaires avec l'hydro-entérocele et l'hydro-épiplocèle, j'en ai indiqué les principaux traits, en faisant le diagnostic différentiel des tumeurs séreuses et des hernies.

Les tumeurs séreuses irréductibles de la région inguinale sont : l'hydrocèle vaginale avec cryptorchidie, l'hydrocèle en bissac, l'hydrocèle du cordon, les kystes sacculaires avec ou sans viscères.

L'hydrocèle vaginale avec cryptorchidie inguinale ne pourrait être confondue qu'avec l'hydrocèle congénitale accompagnant l'ectopie testiculaire; le seul caractère différen-

tiel consiste dans l'irréductibilité de la tumeur dans le premier cas, et dans sa réductibilité dans le second.

L'hydrocèle en bissac offre les caractères de l'hydrocèle vaginale ordinaire, mais s'en distingue par son prolongement dans l'intérieur du canal inguinal et même jusque dans le bassin, comme j'en ai rapporté des exemples. J'ai dit aussi que cette variété de tumeur séreuse présente souvent une fausse réductibilité qui pourrait la faire confondre avec l'hydrocèle péritonéo-vaginale, et j'ai montré le moyen d'éviter cette erreur.

L'hydrocèle enkystée du cordon se reconnaît à son indépendance du péritoine, à ses connexions avec le cordon spermatique et surtout à son irréductibilité.

Comment distinguer un kyste du cordon d'un kyste sacculaire déshabité? Les signes de ces deux variétés de tumeurs séreuses sont tellement semblables que le diagnostic me paraît devoir être le plus souvent impossible. Le chirurgien en sera réduit aux commémoratifs, qui lui apprendront si le sujet a porté à une époque une hernie réductible. Il devra tenir compte aussi de l'âge du malade; l'hydrocèle du sac herniaire apparaît à une époque un peu avancée de la vie et acquiert en général un volume assez considérable, tandis que l'hydrocèle enkystée du cordon se montre généralement avant la puberté et est peu volumineux. Il faut dire du reste que ce diagnostic n'offre qu'une médiocre importance. La seule question véritablement utile à résoudre et qui domine toutes les autres, c'est la connaissance exacte de l'existence ou de la non-existence d'une communication avec le péritoine, et j'ai déjà suffisamment attiré l'attention sur ce point.

Lorsque l'ensemble des symptômes fera soupçonner qu'il s'agit d'une collection séreuse dans un sac herniaire clos, il sera très-important de déterminer s'il existe en même temps une petite portion d'intestin ou d'épiploon. Ce diagnostic a été déjà fait, et on a vu qu'il peut offrir quelques difficultés,

lorsque la poche est très-distendue par le liquide et ne contient qu'une petite partie d'épiploon. Je ne parlerai pas non plus de ces cas de hernies très-volumineuses dont le sac peut acquérir des dimensions énormes par suite d'épanchement de sérosité à son intérieur. Les caractères de ces hydro-entéro-cèles sont trop connus pour m'y arrêter.

Quant aux kystes développés au sein des viscères herniés, le diagnostic m'en paraît impossible. Des deux observations de kystes de l'épiploon que j'ai rapportées, l'une montre une erreur de diagnostic ; on crut à une hydrocèle ordinaire ; dans la seconde, celle d'Arnaud, j'ignore à quels signes Ledran reconnut la nature de la maladie, et d'ailleurs, dans ce fait, le siège exact de la collection séreuse est, comme je l'ai dit, parfaitement discutable.

Je passerai sous silence le diagnostic que l'on a cherché à établir, chez la femme, entre l'hydrocèle du canal de Nuck et l'hydrocèle du sac herniaire ; on a vu que la première variété n'est rien moins que démontrée. On devra donc se borner à distinguer les différents kystes des grandes lèvres et les hydrocèles du sac herniaire avec ou sans viscères. Les kystes de la vulve se reconnaîtront à leur facile isolement de l'anneau inguinal ; quant à ceux qui pourraient se développer dans l'intérieur du canal, ils seront le plus souvent confondus avec des kystes sacculaires, et je ne saurais que répéter à ce propos ce que j'ai dit du diagnostic des kystes du cordon et des kystes sacculaires chez l'homme.

Dans la portion crurale de l'aîne les tumeurs séreuses réductibles sont très rares et ne comprennent guère que les hydrocèles du sac herniaire avec ou sans viscères, lesquelles sont suffisamment connues.

Les tumeurs séreuses irréductibles au contraire y sont nombreuses ; ce sont les kystes sacculaires avec ou sans viscères, les hygromas soit dans la bourse du psoas, soit dans des bourses accidentelles, les kystes ganglionnaires.

Le diagnostic de ces différentes variétés offrira souvent de grandes difficultés, et c'est par l'étude des commémoratifs, du mode de développement et du siège de la tumeur que l'on pourra parvenir à se former une opinion. Par exemple une tumeur séreuse située en dehors du siège habituel des hernies, au niveau de la tête fémorale et à une assez grande profondeur, devrait faire soupçonner l'existence d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas. C'est d'après ces signes que le professeur Velpeau a établi le diagnostic dans le cas suivant.

OBS. CXIII (1). — Tumeur fluctuante de l'aîne. Après avoir éliminé toutes les tumeurs réductibles, le professeur Velpeau s'arrêta un instant à l'idée d'un abcès froid ou d'une maladie de l'articulation, ou enfin d'un kyste de la bourse séreuse sous-psiédienne. Cependant la bonne constitution du sujet éloignait l'idée d'un abcès. La situation de la tumeur au devant de l'articulation aurait pu faire croire à une affection de cette dernière; mais l'absence de douleur et de déformation, la liberté des mouvements de la hanche, ne permirent pas de s'arrêter plus longtemps à cette pensée. Il ne restait donc plus que les kystes à invoquer. Ce n'était pas un kyste superficiel; sa forme, sa situation et surtout sa profondeur, tout semblait donc accuser la bourse séreuse du psoas iliaque. Ponction exploratrice: issue d'un verre de sérosité; disparition complète de la tumeur. Celle-ci reparut au bout de quelques jours. Le malade ne permit pas de faire une injection iodée.

Chassaignac (2) a aussi publié une observation d'hygroma du psoas, traité et guéri par l'injection iodée. La tumeur ne présentait aucune fluctuation: on diagnostiqua d'emblée un kyste de la gaine du psoas; mais il est à regretter que l'auteur n'ait pas exposé les signes qui lui ont fait porter ce diagnostic.

On trouve indiqué dans les auteurs un symptôme qui appartiendrait à l'hygroma de la bourse du psoas, c'est la possibilité de faire changer son volume par les mouvements

(1) A. Joly, *Diagnostic des tumeurs de l'aîne*, thèse Paris 1847, n° 231, p. 42.

(2) Chassaignac, *Traité de la suppuration et du drainage*, t. II, p. 387.

imprimés à la cuisse, le liquide se réduisant dans l'intérieur de l'articulation, en raison de la communication qui existe fréquemment entre la synoviale articulaire et la bourse séreuse extérieure. J'ignore si ce signe a été réellement observé, et j'ai fait remarquer déjà qu'on manque encore d'observations pour tracer la symptomatologie et le diagnostic de l'hygroma de la bourse sous-psoïdienne.

Quant aux hygromas développés au voisinage d'autres tumeurs, en avant de ganglions durs et volumineux, il sera souvent bien difficile de les distinguer des kystes ganglionnaires proprement dits, puisque dans l'un et l'autre cas, on trouvera un engorgement des glandes lymphatiques de la région. D'ailleurs, nous avons dit que, même au point de vue anatomique, on n'est pas encore complètement fixé sur le siège précis de certains kystes de la portion crurale de l'aîne. Aussi serait-il inutile d'insister plus longtemps sur un diagnostic impossible.

Enfin, dans la portion inguinale, aussi bien que dans la portion crurale de l'aîne, les kystes hydatiques ont été le plus souvent confondus avec des kystes séreux ordinaires. Le frémissement hydatique, qui forme leur caractère diagnostique, a été seulement constaté dans deux des observations que j'ai citées (obs. 74 et 76).

---

## CHAPITRE V.

### Traitement.

Si l'on veut bien se rappeler les différences que présentent entre elles les collections séreuses de l'aine, relativement à leur siège, à leurs connexions avec le péritoine, à la constitution de leurs parois et à la nature de leur contenu, enfin et surtout à leurs complications quelquefois assez graves, on comprendra comment leur traitement devra varier suivant ces diverses circonstances.

Au point de vue thérapeutique, il faut d'abord distinguer deux cas : 1° celui dans lequel la tumeur s'accompagne d'accidents ; 2° celui dans lequel elle en est exempte.

Les indications, en effet, diffèrent essentiellement dans l'une ou l'autre circonstance, et d'une manière générale, on peut dire que lorsqu'il y a des accidents, le chirurgien doit intervenir sans long retard et ne pas reculer devant une opération, tandis que, dans le cas contraire, il doit toujours montrer la plus extrême réserve dans le choix des moyens thérapeutiques, et y regarder avant de tenter une cure radicale.

Une tumeur séreuse de l'aine s'accompagnant d'accidents, j'ai dit qu'il fallait ne pas hésiter à l'opérer. C'est en effet un précepte admis en chirurgie et sur lequel Bérard a justement insisté, que, lorsque des accidents graves semblent réclamer un prompt secours, il faut, s'il y a incertitude sur la nature de la maladie, mettre les choses au pire et se comporter comme si l'on avait affaire à l'affection la plus grave. Or, dans le cas qui nous occupe, l'obscurité du diagnostic laisse le plus souvent soupçonner l'existence d'une hernie étranglée. Par conséquent, il est sage d'agir dans cette supposition, pour peu que les accidents revêtent un caractère



grave. S'il y a eu erreur de diagnostic, l'opération n'aura, en général, aucune suite fâcheuse, si l'on s'est borné à une simple incision; dans un certain nombre de cas même, elle sera utile, d'une part, en faisant cesser les accidents; d'autre part en amenant la guérison radicale de la tumeur.

Il serait sans intérêt, je pense, de décrire les précautions dont le chirurgien devra s'entourer dans l'exécution des différents temps de l'opération. L'idée d'une hernie devra toujours être présente à son esprit et lui commander la plus grande prudence. J'ai d'ailleurs assez longuement insisté sur les difficultés avec lesquelles il peut se trouver aux prises, et sur les principales erreurs qu'il doit éviter.

Lorsque, par l'incision de la tumeur et l'examen des parties voisines, on s'est assuré que l'on a bien affaire à un kyste ou à un pseudo-kyste enflammé, quelle conduite faut-il tenir? Dans un certain nombre d'observations, le chirurgien, après avoir évacué simplement le liquide séreux, sanguin ou purulent, contenu dans la poche, s'est contenté de panser simplement, après avoir réuni plus ou moins complètement les bords de la plaie. Je crois que c'est en effet la meilleure pratique à suivre.

Dans d'autres cas, on a exécuté différentes manœuvres, soit pour constater s'il existe ou non une communication avec l'abdomen, en introduisant un stylet ou une sonde cannelée jusque dans la cavité péritonéale; soit pour faire cesser un étranglement qu'on supposait produit par l'anneau aponévrotique, en débridant en même temps et le collet du pseudo-kyste et cet anneau; soit enfin pour prévenir la reproduction du kyste, en pratiquant la ligature ou l'excision.

Je pense qu'il faut absolument proscrire ces différentes manœuvres comme inutiles et surtout comme dangereuses.

L'introduction d'un stylet ou d'une sonde cannelée à travers un orifice, pénétrant jusque dans le péritoine, fournirait, dit-on, un renseignement pour le diagnostic; mais, lorsque

la communication est si étroite, qu'elle ne peut être découverte qu'à un examen minutieux, est-il donc bien utile de la rechercher avec tant de soin? D'un autre côté, cette exploration n'est pas sans danger, puisque en agrandissant l'ouverture qui fait communiquer la plaie avec l'intérieur de la séreuse abdominale, on augmente les chances de voir l'inflammation se transmettre à cette dernière.

Le débridement fait sur le collet d'un pseudo-kyste me paraît également devoir être rejeté, d'abord comme inutile, puisqu'il n'existe aucune partie étranglée dans sa cavité, et que l'évacuation du liquide qui le distendait suffit le plus souvent à calmer les accidents; il doit être aussi rejeté comme dangereux, puisque bien mieux encore que la simple introduction d'un stilet, il augmente la largeur de la communication avec le péritoine.

J'en dirai tout autant de la ligature et de l'excision complète. Dans un fait de Chassaignac (obs. 90), dans lequel, après avoir débridé le collet, on a pratiqué la ligature et l'excision du kyste, le malade a succombé. La mort a été aussi la conséquence d'une opération semblable dans l'observation de Decoux (obs. 83).

A côté de ces cas, où la gravité des symptômes, l'obscurité du diagnostic prescrivent une prompt intervention chirurgicale, il s'en rencontre d'autres, dans lesquels la temporisation est permise, et dans lesquels les moyens antiphlogistiques suffisent à calmer les accidents : c'est lorsque le diagnostic étant bien évident, les symptômes n'offrent qu'une médiocre intensité. J'ai rapporté plus haut quelques observations de kystes du cordon enflammés, dont la nature a été bien reconnue et dont les accidents se sont apaisés sans opération (obs. 99, 100, 101).

Je citerai ici deux exemples d'hydro-épiplocèles enflammées dont le diagnostic a été parfaitement établi, et qui montreront la conduite que doit tenir le chirurgien dans ces cas.

Obs. CXIV (1). — Un homme de 58 ans entra à l'hôpital de Londres, le 25 mars 1843, pour une tumeur douloureuse de l'aîne gauche. Cette tumeur, qui était tendue et grosse comme un œuf de poule, se trouvait juste au-dessous de l'anneau inguinal externe, et à 5 centimètres environ au-dessus du testicule dont elle était complètement isolée. Elle ne recevait pas d'impulsion par la toux, était obscurément fluctuante et très-sensible au toucher. On pouvait suivre le cordon depuis le testicule jusqu'à sa partie postérieure. Bien délimitée par en bas, elle se prolongeait en haut dans le canal inguinal. Le malade ayant été placé dans l'obscurité, Curling constata de la transparence. Le défaut de saillie et le petit volume de la tumeur rendaient cet examen très-difficile. Le malade fit savoir que ce gonflement avait commencé deux ans auparavant, à la suite d'un coup qu'il avait reçu dans l'aîne en se heurtant contre un poteau. L'augmentation s'était faite peu à peu dans le mois qui avait suivi l'accident, et depuis lors la tumeur n'avait pas disparu.

Le malade avait été pris, trois jours avant d'entrer à l'hôpital, de vomissements et de douleurs qui s'irradiaient de la tumeur dans le ventre; il souffrait en outre si l'on pressait dans le voisinage de l'anneau. Il avait éprouvé, neuf mois auparavant, des accidents du même genre. Curling pensa qu'il s'agissait d'une hydrocèle du sac herniaire avec adhérence au collet d'une portion d'intestin ou d'épiploon légèrement enflammée. Le siège de la douleur à la partie la plus élevée de la tumeur, et l'impossibilité de circonscrire cette dernière par en haut, autorisaient à croire que ce n'était point une hydrocèle enkystée du cordon. — 8 sangsues à la partie supérieure de la tumeur; linges mouillés d'eau froide; huile de ricin; repos au lit.

28 mars. La tumeur avait diminué de volume et était moins sensible; le ventre lui-même était moins douloureux. — 5 sangsues, compresses froides.

3 avril. Nouvelle diminution; toute sensibilité avait disparu. — Application d'un vésicatoire.

A partir de ce moment la tumeur continua de décroître.

Le 17. Tout le liquide avait disparu: la main, placée sur l'aîne, sentait distinctement, quand le malade toussait, une impulsion qui lui était communiquée par une petite hernie. Un bandage fut appliqué et le malade fut renvoyé guéri, ne conservant plus aucune tumeur le long du cordon spermatique.

(1) Curling, *loc. cit.*, p. 224.

Obs. CXV (1). — Femme de 32 ans. Hernie inguinale droite depuis dix ans, réductible, contenue par un bandage. Depuis quinze jours, tumeur inguinale indolente, irréductible, grossissant chaque jour. Cette tumeur devient bientôt douloureuse et s'accompagne d'envies de vomir. La défécation n'est pas supprimée ; taxis infructueux.

Au moment de l'entrée à l'hôpital Beaujon, on trouve dans l'aîne droite une tumeur allongée dans le sens du pli de l'aîne, au-dessus duquel elle est immédiatement placée, longue de 9 à 10 centimètres et large de 3 à 4 ; de forme bilobée, le lobe interne étant un peu moins volumineux que l'externe ; située un peu en dedans de la partie moyenne de l'arcade crurale, qu'elle recouvre par sa partie externe, tandis que sa partie interne est un peu au-dessous d'elle. On la trouve tendue, rénitente, un peu fluctuante, d'une transparence douteuse, sans battements, indolente quand elle est abandonnée à elle-même, mais très-douloureuse à la pression. Elle n'a aucune adhérence avec la peau, qui est un peu rouge à son niveau. Elle paraît tenir aux parties profondes par un pédicule, quoiqu'elle soit assez mobile. Elle est irréductible et n'augmente pas sensiblement de volume par les efforts de la toux. Enfin elle est mate à la percussion.

Il n'y a ni nausées ni vomissements. Le ventre est indolent ; une selle la veille. Pouls à 80, développé.

Un traitement antiphlogistique est prescrit (bains, sangsues, frictions résolatives.) La tumeur devient plus molle et plus fluctuante et diminue de volume, en même temps que les fonctions digestives continuent à être normales.

Robert se décide au bout de douze jours à faire une incision sur la tumeur ; celle-ci mise à découvert présente des parois demi-transparentes. Après avoir cherché en vain s'il existe quelque prolongement vers les anneaux, le chirurgien fait en dédolant une petite incision aux parois du kyste. Il s'en échappe un liquide jaune citrin, mêlé de flocons albumineux ; le doigt introduit dans le kyste le trouve tapissé de fausses membranes minces, légèrement blanchâtres et peu adhérentes. Aucun prolongement, aucun froncement, partout les parois sont fermes et unies.

Après quelques accidents inflammatoires locaux, la guérison a été obtenue.

(1) Robert, *Gaz. des hôpitaux*, 1846, p. 575.

Un fait exactement semblable a été observé par le même chirurgien (1) chez un homme de 45 ans.

Examinons maintenant le traitement des collections séreuses de l'aîne exemptes de tout accident. La distinction que nous avons établie entre ces tumeurs, suivant qu'elles communiquent ou ne communiquent pas avec la cavité péritonéale, ou suivant qu'elles sont réductibles ou irréductibles, et sur laquelle nous n'avons cessé d'attirer l'attention du lecteur, dès le début de ce travail, trouve enfin sa dernière application, et, par suite des indications différentes qui en résultent, elle domine toute la question du traitement.

Cependant quelques auteurs n'accordent pas à cette distinction une aussi grande importance, et, sans se préoccuper du voisinage du péritoine, ils ne craignent pas d'appliquer aux différentes collections séreuses de l'aîne les mêmes méthodes de traitement qui sont mises en usage dans d'autres régions, comme l'incision, l'excision, les injections irritantes. Ces dernières, et en particulier les injections iodées, ont été préconisées même dans le cas où il existe manifestement une communication avec le péritoine. Il n'est pas douteux en effet, et on en trouve des observations dans les auteurs, que des hydrocèles congénitales, des pseudo-kystes herniaires avec ou sans viscères, ont été guéris sans accidents par les injections iodées ; mais il faut aussi savoir que quelquefois les injections irritantes, en causant une péritonite, ont déterminé la mort.

Bernutz (2) nous apprend qu'une injection de vapeur vineuse dans un pseudo-kyste sacculaire fut suivie de mort. Dans un autre cas, dû à Marjolin, une injection vineuse faite dans un pseudo-kyste de la région crurale amena la même terminaison fatale. Peut-être même, si les revers étaient aussi

(1) Robert, *Clinique chir.* 1860, p. 256.

(2) Bernutz, thèse citée, p. 62.

facilement publiés que les succès, les observations semblables seraient-elles plus nombreuses.

Je n'ignore pas que les injections iodées déterminent une inflammation beaucoup moins vive et surtout plus rarement suppurative que les autres injections irritantes; j'accorde aussi qu'il sera le plus souvent possible, dans le cas où il existe une communication, de la fermer momentanément au moyen d'une pression énergique, exercée pendant qu'on pousse l'injection, et maintenue quelque temps après; mais, malgré ces raisons, je ne saurais me défendre de la crainte que l'inflammation provoquée par l'injection ne se communiquât à la séreuse abdominale, ou qu'une certaine quantité de teinture d'iode ne pénétrât dans la cavité du péritoine, et, quoi qu'on en ait dit, je doute encore de l'innocuité absolue du contact de ce liquide irritant avec une séreuse aussi prompte à s'enflammer. Or est-il prudent de courir les chances, si minimes qu'elles soient, de déterminer des accidents aussi formidables que ceux de la péritonite pour guérir une affection qui ne menace en rien les jours du malade et qui est tout au plus gênante pour lui? C'est bien ici le lieu de mettre en pratique le principe d'Hippocrate si souvent cité, mais trop souvent oublié: « être utile et de ne pas nuire; » et je pense qu'il serait dangereux d'accepter les injections irritantes comme méthode générale de traitement des tumeurs séreuses de l'aine, et qu'il faut sinon les rejeter complètement, du moins en restreindre l'usage à certains cas bien déterminés.

On comprend, d'après ce qui précède, que dans le traitement des collections séreuses de l'aine réductibles, c'est-à-dire communiquant avec le péritoine, je repousse formellement les injections irritantes, de quelque nature qu'elles soient, aussi bien que les autres opérations susceptibles d'amener une inflammation violente de la poche, comme le séton, l'incision, l'excision.

Le chirurgien devra mettre en usage d'autres moyens plus

inoffensifs, parmi lesquels je citerai en première ligne l'application continuelle d'un bandage dont la pelote presse fortement sur l'orifice de communication. On peut encore ajouter comme adjuvants : le séjour au lit, les frictions faites sur la tumeur avec des substances excitantes (solution de chlorhydrate d'ammoniaque, teinture d'iode, etc.)

Ce mode de traitement conviendrait aussi bien aux hydrocèles congénitales qu'aux collections séreuses développées dans l'intérieur de sacs herniaires non oblitérés, et il a réussi en particulier chez les enfants dans un assez grand nombre de cas d'hydrocèles congénitales. Afin de montrer comment la guérison peut être obtenue par des moyens simples et inoffensifs je rapporterai l'observation suivante :

OBS. CXVI (1). — Homme de 38 ans. On l'envoie, comme atteint d'hydrocèle, dans le service de Chassaignac, qui en constate l'existence et trouve une transparence remarquable. La tumeur avait le volume du poing. Le lendemain, quand on veut l'examiner de nouveau, avant de faire l'injection, plus de tumeur. On fait lever le malade; la collection liquide reparait au bout de quelque temps. On diagnostique une hydrocèle péritonéo-vaginale.

La facilité de la communication intra-péritonéale fait rejeter toute idée d'opération. Le traitement est le suivant :

Décubitus horizontal permanent; cataplasmes largement arrosés de vinaigre sur les bourses, embrocations abondantes trois fois par jour sur tout l'abdomen, avec teinture de scille. Bain de Baréges tous les jours.

Dès le sixième jour, diminution notable du volume de la tumeur, même quand le malade a marché et s'est tenu debout tout le temps de la visite. Le même traitement est continué, et un mois après la tumeur avait complètement disparu. Au bout de huit mois, il n'y avait pas eu de récurrence.

Si le traitement précédent n'amenait aucun résultat et que la tumeur ait acquis un volume considérable, il serait peut-être

(1) Chassaignac, *De l'Hydrocèle péritonéo-vaginale*, (*Revue méd.-chir.*, 1853, t. XIII, p. 333.)

permis d'essayer l'acupuncture ou l'électro-puncture, mais je pense qu'il vaudrait mieux donner issue au liquide au moyen d'un trocart explorateur. Quoique ce dernier moyen soit le plus souvent un palliatif, et que le liquide ait une grande tendance à se reproduire, il ne faut pas oublier que la ponction simple suffit quelquefois pour amener une guérison radicale, et, comme en l'employant avec précaution, elle est parfaitement inoffensive, il ne faut pas négliger d'y avoir recours.

Dans le traitement des collections séreuses irréductibles le chirurgien doit encore montrer une grande prudence, en raison des variétés nombreuses auxquelles il peut avoir affaire, et de l'obscurité qui entoure souvent le diagnostic.

On sait que certaines tumeurs séreuses de l'aîne qui paraissent irréductibles communiquent cependant avec le péritoine. Par conséquent, toutes les fois qu'il restera quelques doutes sur la nature de la tumeur et sur ses connexions avec la cavité péritonéale, la même réserve que nous avons conseillée plus haut devra être prescrite, et les injections irritantes, le séton, l'incision, l'excision, seront abandonnés.

A plus forte raison devra-t-on rejeter ces opérations lorsqu'il s'agit d'une collection séreuse contenant dans sa cavité une portion d'épiploon.

Curling (1) a vu une hydrocèle du sac herniaire à travers laquelle on avait passé un séton pour en obtenir la cure radicale. La mort s'ensuivit et on trouva à l'autopsie le collet du sac fermé par l'épiploon. Celui-ci était fortement enflammé, et on voyait à son niveau et dans son voisinage les lésions de la péritonite.

Dans les cas où le siège de la tumeur, ses caractères extérieurs laissent quelques doutes sur ses rapports avec le péritoine ou sur la présence d'un bouchon épiploïque dans sa cavité, il sera donc utile, après avoir d'abord mis en usage les moyens que j'ai déjà signalés, de faire une ponction explo-

(1) Curling, *loc. cit.*, p. 226.



ratrice. Celle-ci aura quelquefois le double avantage de servir de moyen thérapeutique, en même temps qu'elle assurera le diagnostic. C'est ainsi que, dans une observation rapportée plus haut (obs. 97), dans laquelle tous les symptômes étaient ceux d'un simple kyste sacculaire sans viscères, le professeur Gosselin, après avoir évacué le liquide, reconnut la présence d'une portion d'épiploon, et se borna à prescrire l'usage d'un bandage.

C'est encore la ponction simple renouvelée aussi souvent qu'elle est nécessaire, mais faite avec de grandes précautions, qui convient dans ces cas d'hydro-entéroécèles ou d'hydro-épiplocèles très-volumineuses.

Mais, si l'on a bien constaté l'absence de toute communication avec la cavité péritonéale, une intervention chirurgicale plus active peut être permise. Néanmoins, même dans ce cas, le choix du procédé opératoire ne paraît pas indifférent. On a pu voir par la lecture de certaines observations (obs. 26, 83, 84, etc.), que des kystes complètement clos et ne contenant pas de viscères, ayant été traités par l'incision ou l'excision partielle, l'inflammation s'est transmise au péritoine et a déterminé la mort des malades.

On serait donc en droit de conclure des faits qui précèdent, que même pour les tumeurs séreuses enkystées, toute opération ayant pour conséquence l'inflammation suppurative de la poche doit être rejetée, et qu'il vaut mieux donner la préférence aux injections iodées. C'est en effet le traitement qui convient à l'hydrocèle enkystée du cordon, à l'hydrocèle en bissac, à l'hydrocèle avec cryptorchidie, à l'hygroma de la bourse du psoas, aux kystes ganglionnaires.

Quant au traitement des kystes hydatiques, à l'aîne comme partout ailleurs, le meilleur procédé consistera à exciser une portion du kyste ou à l'ouvrir largement, puis, après avoir détaché autant que possible les poches hydatiques, à faire suppurer la cavité morbide.