

se roule en corde; 3° un trou fibreux de la ligne blanche, petit et résistant.

Pathogénie. — C'est le paquet adipeux sous-cutané qui joue le rôle capital dans le développement de la hernie. TILLAUX et CHAMPIONNIÈRE l'ont bien formulé : un peloton de graisse fluide s'insinue dans l'orifice aponévrotique et vient saillir sous la peau; à ce moment, ce n'est en réalité qu'un lipome, ou plus exactement une hernie graisseuse : même à ce stade, la hernie peut provoquer une partie des accidents réflexes propres à la hernie épigastrique. Puis, la graisse sous-séreuse entraîne avec elle le péritoine qui lui adhère et le déprime en un diverticule glissant : un sac est formé et un viscère, l'épiploon surtout, peut s'y engager (voy. fig. 142).

Symptomatologie. — A l'encontre de la hernie ombilicale, cette hernie garde ordinairement un petit volume, ne dépassant guère celui d'une noix, d'un œuf de pigeon. En revanche, comme le dit CHAMPIONNIÈRE, « tandis que la hernie ombilicale est souvent indolente, ou plutôt peu douloureuse jusqu'à un développement considérable, celle-ci est habituellement douloureuse dès le début; on peut voir avec elle tous les degrés d'accidents, depuis les douleurs irrégulières et intermittentes irradiées dans l'abdomen et vers les régions des reins, jusqu'aux névralgies abdominales incessantes; tous les troubles digestifs, depuis les malaises qui suivent l'ingestion des aliments jusqu'aux vomissements habituels ».

Traitement. — La thérapeutique palliative par les bandages est ici sans effet. La cure radicale s'impose, par sa simplicité : après incision verticale des téguments, la masse adipeuse est isolée; l'orifice fibreux doit être largement débridé pour permettre une extirpation parfaite du sac, du péritoine et de la graisse avoisinante; quelques points de suture perdus rapprochent les bords avivés de l'orifice fibreux.

ARTICLE V

HERNIE DU CÆCUM ET DU COLON

Anatomie pathologique. — « En disséquant des hernies scrotales, du côté droit, formées par le cæcum, l'appendice vermiforme et le commencement du colon, j'ai plusieurs fois observé que ces intestins avaient entraîné dans le scrotum le feuillet du péritoine auquel ils étaient naturellement fixés dans le flanc droit, en sorte que cette portion du grand sac péritonéal concourait à former le sac herniaire. A l'ouverture de celui-ci, on voyait les intestins attachés à ses parois, de la même manière qu'ils étaient dans la cavité abdominale avant leur déplacement. C'est ce mode d'union que j'ai cru devoir désigner par le nom d'*adhérence charnue naturelle*. »

Telle est l'explication nette et exacte, par laquelle SCARPA, dès le commencement du XIX^e siècle, a fait comprendre les conditions spéciales d'irréductibilité que présentent les hernies du gros intestin, surtout celle du cæcum ou du colon lombaire gauche, et qui peuvent dérouter un opérateur peu instruit sur le sujet. — Par des recherches anatomiques multipliées, SCARPA a suivi pas à pas la formation des hernies du cæcum et du colon droit, ainsi que celles du colon iliaque gauche. Les travaux de BARDELEBEN (qui dès 1849 décrit le revêtement péritonéal du cæcum), de TRÈVES, de TUFFIER ont achevé de fixer cette question, si clairement exposée par SCARPA.

A l'encontre de l'opinion jusqu'à présent classique, il est établi : 1° que le cæcum à droite et l'anse oméga à gauche sont complètement entourés de péritoine; 2° que ce revêtement séreux viscéral se continue avec le péritoine pariétal par un méso qui diminue de plus en plus d'étendue à mesure que l'on passe, de cette portion libre et coiffée par la séreuse à une portion de colon (ascendant à droite, descendant à gauche) dont la face postérieure est dépourvue de péritoine.

Dans ces conditions, le cæcum ou l'anse oméga, remplis

de matières intestinales, pèsent constamment sur l'angle abdomino-iliaque, refoulant le péritoine pour s'en former un sac; dans ce sac l'intestin s'engage d'abord seul, par sa portion libre; puis il entraîne avec lui, par ses attaches, le péritoine

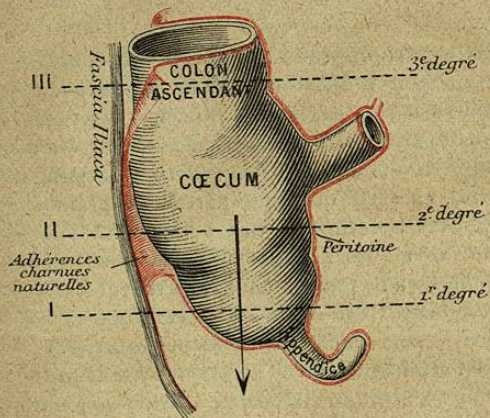


Fig. 143.

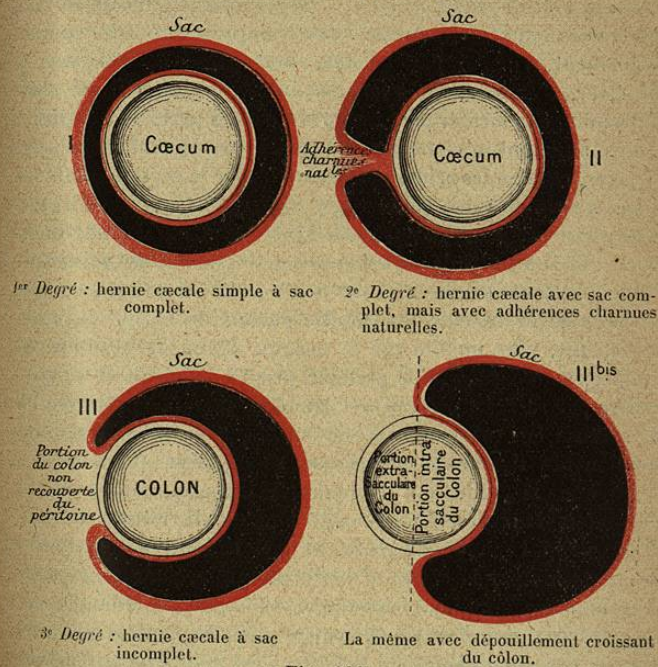
Schéma faisant comprendre les trois degrés de la hernie du cæcum.

pariétal, qui glisse, grâce à la laxité du fascia propria. On comprend, dès lors, les trois degrés décrits par SCARPA, que nous figurons, de façon simplifiée, par les schémas 143 et 144.

Premier degré : le fond du cæcum libre et totalement revêtu de péritoine peut descendre dans un sac complet sans adhérence. C'est la hernie cæcale simple, de réduction aisée.

Deuxième degré : si le cæcum et l'origine du colon ascendant se hernient, ils entraînent, dans leur descente, par glissement du péritoine pariétal, les deux replis de la séreuse, dont l'un, ligament supérieur, les fixe à la fosse lombaire, et dont l'autre, ligament inférieur, s'insère à la fosse iliaque : ils attirent donc, avec eux, leurs propres attaches; et ils se trouvent retenus à la paroi du sac par les mêmes freins péritonéaux qui les retenaient dans l'abdomen. La réduction, on le conçoit alors, sera d'autant plus malaisée qu'une portion plus

considérable se sera engagée et que l'adhérence sera de plus en plus courte; mais la hernie gardera encore un sac complet. Enfin, troisième hypothèse, une partie plus considérable du



I^{er} Degré : hernie cæcale simple à sac complet.

II^e Degré : hernie cæcale avec sac complet, mais avec adhérences charnues naturelles.

III^e Degré : hernie cæcale à sac incomplet.

La même avec dépouillement croissant du colon.

Fig. 144.

Même schéma : en coupe transversale aux trois hauteurs.

colon est descendue, accompagnée souvent par de l'intestin grêle. Le glissement du péritoine pariétal arrive à sa limite; le sac distendu ne peut donc augmenter de volume qu'en se constituant aux dépens de l'enveloppe séreuse du colon. Ce dernier, qui n'est point totalement entouré de péritoine et qui normalement est en rapport avec le tissu cellulaire par sa partie postérieure, se laisse dépouiller de sa séreuse : l'intestin lui-même devient alors partie intégrante de la paroi du sac,

qui cesse ainsi de former aux parties herniées une gaine complète.

Particularités cliniques. — De ces dispositions anatomiques découlent des règles spéciales. Une première difficulté se rencontre dès l'ouverture du sac : l'incision doit être faite méthodiquement, couche par couche, sous peine de s'exposer à pénétrer, d'emblée, dans le gros intestin, quand il est assez descendu pour former part importante de la paroi sacculaire.

Les adhérences charnues naturelles ne doivent point être traitées, comme les brides accidentelles, par la section totale : ce serait s'exposer à une hémorragie assez sérieuse, à une dissection périlleuse pour les parois de l'intestin et aussi à une diminution de la vitalité de viscère, par suppression de ses vaisseaux.

Pour refouler ces hernies cæco-côliques, on tiendra compte d'abord de la bascule qui résulte parfois de ce que le côlon ascendant, plus mobile que le cæcum, dénué de péritoine en arrière, peut descendre le premier jusqu'à l'anneau et s'y présenter par sa face postérieure dénudée, entraîner derrière lui la séreuse qui lui forme un sac supérieur ou latéral, et, sous l'action des ligaments du cæcum, se déplacer au dehors, si bien que la réduction comportera d'abord, comme temps préalable, la correction de cette bascule, la remise de l'intestin selon l'axe de descente, et que la rentrée des viscères commencera par le côlon, d'abord descendu, pour finir par le cæcum secondairement entraîné. — De plus, la réduction des viscères doit marcher parallèlement avec la réintégration des parties correspondantes du sac, qui s'est constitué aux dépens de l'enveloppe séreuse du côlon ou des ligaments cæcaux ; le péritoine est ainsi repoussé, en sens inverse de son mouvement de glissement ; et les adhérences charnues, freins normaux de l'intestin, l'accompagnent dans sa rentrée.

ARTICLE VI

HERNIES DE LA VESSIE

Définition. — La hernie de la vessie — cystocèle — consiste dans l'issue de la vessie hors du bassin par le trajet inguinal, ou

plus rarement, le canal crural. Par sa fréquence et les accidents auxquels elle donne lieu dans les opérations herniaires lorsque son existence est méconnue, la cystocèle inguinale mérite une description complète.

Anatomie pathologique. — Une vessie à musculature normale ne peut s'engager dans le canal inguinal ; pour que sa face antérieure arrive au contact de la paroi abdominale, il faut que la vessie soit distendue et sa contractilité affaiblie. La distension est donc l'altération primitive des cystocèles et celles-ci coïncident souvent avec des lésions des voies urinaires inférieures.

Le volume de la cystocèle est généralement faible : il est rare qu'elle comprenne plus de la moitié de la vessie ; souvent il n'existe qu'une « pointe » de hernie. Presque toujours il y a coexistence de hernies intestinales ou épiploïques qui ont ouvert la voie à la cystocèle en élargissant l'orifice interne du canal inguinal.

La vessie pénètre dans le trajet, soit seule, soit accompagnée du péritoine qui lui forme un sac herniaire : on divise, avec JABOULAY et VILLARD, les cystocèles en trois variétés, suivant qu'elles sont extrapéritonéales, parapéritonéales, intrapéritonéales.

I. *Cystocèle extrapéritonéale* : dans cette forme, il n'existe pas de sac, la face antérieure de l'organe, dépourvue normalement de séreuse, ayant glissé dans le trajet inguinal.

II. *Cystocèles parapéritonéales* : ici, la vessie est recouverte par un sac séreux incomplet formé aux dépens du péritoine qui recouvre sa face latérale et dans lequel descend l'intestin ou l'épiploon ; il y a donc entéro-cystocèle. L'intestin est en avant et en dehors, la vessie en arrière et en dedans.

III. *Cystocèle intrapéritonéale* : très rarement, un sac complet recouvre la partie herniée qui est toujours dans cette variété le sommet de la vessie, au niveau duquel la séreuse est très adhérente. L'organe s'est coudé par plissement de sa paroi antérieure et revêt l'aspect, suivant la comparaison de JABOULAY, d'un bonnet phrygien.

Il existe souvent, en avant de la vessie, une masse graisseuse

assez épaisse qui constitue quelquefois un véritable lipome : MONOD et DELAGENIÈRE ont insisté sur l'importance de ce lipome prévésical auquel ils font jouer un rôle dans la pathogénie de la cystocèle.

Étiologie et pathogénie. — Deux conditions sont nécessaires pour que le réservoir urinaire puisse se hernier : sa distension, qui permet à la paroi antérieure de l'organe de se placer en regard des orifices de la paroi abdominale ; en second lieu, l'affaiblissement de sa contractilité qui s'oppose à ce que la partie herniée se réduise dans le pelvis à chaque miction. Les causes qui déterminent ces altérations vésicales — distension et atrophie musculaire — sont donc celles qui favorisent la production de la cystocèle : l'hypertrophie de la prostate en est le facteur essentiel.

Le mécanisme selon lequel se forme la hernie diffère suivant les variétés : seules, les cystocèles extrapéritonéales paraissent primitives ; les autres sont secondaires à des hernies intestinales ou épiploïques. — Les cystocèles parapéritonéales se produisent par le mécanisme du *glissement*, une entérocele inguinale entraînant le péritoine vésical et avec lui une partie de l'organe. — Les cystocèles intrapéritonéales sont dues à une adhérence de l'épiploon avec le sommet de la vessie ; si l'épiploon ainsi fixé à cet organe pénètre dans le trajet inguinal il fait basculer le sommet de la vessie qui sort du pelvis « la tête la première ».

Symptômes. — La cystocèle inguinale, presque toujours masquée par une entérocele, a des symptômes peu nets. Elle se traduit quand elle existe isolément par une tumeur, irréductible en totalité, variant de volume et de consistance suivant l'état de plénitude et de vacuité de la vessie, non douée d'expansion pendant les efforts, souvent douloureuse. — Le signe fonctionnel caractéristique consiste dans la *miction en deux temps*, le malade évacuant d'abord sa vessie intra-pelvienne, en second lieu la partie herniée. Le tenesme, les hématuries, la fréquence des mictions sont le fait de la cystite concomitante.

L'étranglement complique quelquefois la cystocèle : il se mani-

festes par des nausées, des vomissements, des coliques violentes, des phénomènes généraux.

Diagnostic et pronostic. — L'existence d'une hernie douloureuse, incomplètement réductible, chez un individu qui présente le phénomène de la miction en deux temps, peut seule permettre le diagnostic. Si le volume de la hernie augmente par injection de liquide dans la vessie, la cystocèle devient évidente. Mais il en est très rarement ainsi, et presque toujours, c'est à l'intervention qu'on la reconnaît. Aussi doit-on toujours dans les opérations herniaires, songer à la possibilité d'une cystocèle, afin de ne pas ouvrir la vessie : l'existence d'un lobule graisseux, derrière le sac d'une entérocele inguinale, est l'indice que la paroi vésicale est proche et qu'il existe un léger degré de cystocèle.

La hernie de la vessie est une infirmité sérieuse qui tend à s'accroître avec les hernies qui l'ont précédée. Son principal danger est d'exposer à une plaie de la vessie dans une opération herniaire ; si les urines sont infectées, des accidents graves en sont la conséquence et la mort peut survenir par septicémie.

Traitement. — La cystocèle est justiciable de la cure radicale. Les différents temps consistent dans la libération de la vessie, sa réduction, l'excision du lipome prévésical, la fermeture du trajet herniaire. La réduction est quelquefois impossible : on peut alors réséquer la portion adhérente et suturer soigneusement la plaie vésicale en plaçant une sonde à demeure. De même, lorsque la vessie est blessée dans une cure radicale ou une kélotomie, il est nécessaire de fermer la brèche par trois plans de suture ; la sonde à demeure et le drainage de la plaie opératoire sont de rigueur.

ARTICLE VII

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

Le diaphragme, plafond mince, percé de trous, susceptible d'être perforé ou déchiré, peut, comme la paroi abdominale,

se laisser forcer par les viscères : leur pénétration dans le thorax à travers le diaphragme constitue la *hernie diaphragmatique congénitale, traumatique, spontanée*.

Hernie congénitale. — Elle résulte d'un arrêt de développement du diaphragme, ou, moins rarement, d'une éraillure produite pendant la vie intra-utérine. Dans le premier cas, il n'existe pas de sac, parce que le péritoine fait défaut au niveau de la brèche diaphragmatique : il s'agit souvent d'une monstruosité, incompatible avec la vie. Lorsque la hernie est petite, elle ne diffère pas de la hernie spontanée.

Hernie traumatique. — Une plaie ou une rupture du muscle en est l'origine : le péritoine étant déchiré avec le diaphragme, la hernie est dépourvue de sac. Si la plaie est étendue ou la rupture large, une syncope peut tuer le malade ; une mince ouverture qui laisse seulement pénétrer dans le thorax une anse intestinale donne lieu à des phénomènes d'étranglement interne.

Hernie spontanée. — Un orifice normal distendu, une cicatrice d'ulcération, de fissure, un point congénitalement faible suffisent pour amorcer une hernie qui augmentera lentement, d'où le nom de *hernie graduelle* donnée à cette variété.

Des troubles digestifs, cardiaques et respiratoires variables, en particulier l'impossibilité de l'effort, sont la conséquence de la pénétration des viscères abdominaux dans le thorax. Ils sont insuffisants pour permettre le diagnostic de cette variété de hernie qui est toujours méconnue. L'étranglement est une complication redoutable, toujours suivie de mort jusqu'à maintenant : toutefois, on se souviendra que la coexistence d'une occlusion intestinale et de symptômes thoraciques unilatéraux est une présomption, dont il faut tenir quelque compte dans ce diagnostic.

La laparotomie permet seule de reconnaître l'existence de cette hernie et de pratiquer la kélotomie suivie de cure radicale. SCHWARTZ et ROCHARD ont proposé l'intervention par la voie thoracique, avec résection de la neuvième côte.

ARTICLE VIII

HERNIE OBTURATRICE

Le canal sous-pubien par lequel sortent du bassin les vaisseaux et les nerfs obturateurs est un trajet herniaire virtuel : les grossesses répétées, en distendant son orifice pelvien, favorisent la production de la *hernie obturatrice* ou *sous-pubienne* qui comprend trois variétés anatomiques : a) dans la première, la hernie pénètre dans le canal sous-pubien et apparaît à son orifice extérieur, coiffée par le muscle pectiné ; b) dans la seconde, la hernie sort, non par l'orifice externe du conduit, mais entre les faisceaux supérieurs et moyen de l'obturateur externe, « bridée et cravatée » dit LEJARS, par un double faisceau musculaire ; c) enfin, au lieu de sortir du bassin, elle peut s'étaler entre les deux membranes obturatrices écartées et se trouve ainsi recouverte par le muscle obturateur externe et le pectiné.

Les rapports du sac varient suivant les cas : PICQUÉ et POIRIER ont montré qu'il était situé entre la branche horizontale du pubis et le paquet vasculo-nerveux quand la hernie suit le canal sous-pubien ; dans deux des autres variétés, les vaisseaux reposent sur le sac.

Symptômes. — Cette hernie se rencontre surtout chez les femmes âgées. Elle passe très souvent inaperçue, tant qu'elle ne donne pas lieu à des accidents et ne fait une saillie apparente à la partie supéro-interne de la cuisse que lorsque, après sa sortie du trou ovale, elle écarte les muscles qui la recouvrent.

Deux symptômes ont une importance capitale : le premier est la douleur provoquée, par le toucher vaginal, au niveau de la face interne du trou obturateur ; le second est le *signe de Romberg*, caractérisé par des douleurs névralgiques s'irradiant dans la partie interne de la cuisse jusqu'au genou et parfois jusqu'au pied, et s'accompagnant dans quelques cas de contrac-

ture ou de parésie des adducteurs. Ce symptôme est dû à la compression du nerf obturateur par la hernie.

Diagnostic. — Elle est toujours méconnue sauf lorsqu'elle atteint un certain volume ou qu'elle provoque des douleurs vives. Une tuméfaction « profonde et diffuse », en dehors du scrotum ou dans la grande lèvre chez la femme, coexistant avec le signe de Romberg et la douleur provoquée par le toucher vaginal, devront en faire soupçonner l'existence.

Traitement. — La contention par un bandage est presque impossible, et la cure radicale s'impose. En cas d'étranglement, le taxis est dangereux et la kélotomie doit être pratiquée d'emblée : par une incision verticale, on cherche le pectiné qui recouvre toutes les hernies obturatrices et on le récline en dedans ; on débride à ciel ouvert à cause des obstacles vasculaires.

Dans les cas douteux, la laparotomie est préférable à la herniotomie.

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS DES PAROIS DE L'ABDOMEN

ARTICLE PREMIER

FIBROMES DES PAROIS ABDOMINALES

Parmi les tumeurs qui se développent dans la paroi abdominale — épithéliomes, sarcomes, lipomes, tératomes, kystes hydatiques et kystes séreux sous-péritonéaux, — les fibromes méritent seuls une étude particulière. HUGUIER les décrit en 1860 sous le nom de *tumeurs fibreuses pelviennes*, et montra qu'il s'agissait de fibromes vrais, à évolution bénigne ; il insista sur l'existence d'un pédicule rattachant ces tumeurs au squelette. GUYON en 1875, LABBÉ et RÉMY en 1888, LEDDERHOSE, dans son article de la *Deutsche Chirurgie*, reprirent l'étude de la paroi et en discutèrent l'origine encore indéfinie aujourd'hui.

Anatomie pathologique. — Ils se développent dans la paroi antéro-latérale ; ils sont unilatéraux, jamais médians. Par ordre de fréquence, on les observe dans la région ilio-inguinale, dans la région des grands droits, à l'hypogastre et à l'épigastre. Ils paraissent se développer en pleine paroi, soit aux dépens des aponévroses, soit dans le tissu conjonctif intermusculaire ; ils sont toujours situés au-dessous de l'aponévrose sous-cutanée qui les recouvre, mais ils sont souvent fusionnés avec les aponévroses profondes et le péritoine qu'on a beaucoup de peine à décoller dans certains cas. De volume variable, pouvant dépasser celui d'une tête d'adulte, ils ont, au début, la forme d'un galet ; en grossissant, ils deviennent sphériques ou ovoïdes, et, lorsque les muscles de la paroi les étranglent, ils prennent la forme d'un sablier ou de « deux petits pains accolés par leur face plane ». Ces fibromes sont encap-