

lorsqu'une cause de distension prolongée, la grossesse par exemple, aura vaincu la résistance des aponévroses de l'abdomen. Ces hernies sont peu connues, disons seulement qu'elles sont peu sujettes à l'étranglement.

Quant aux hernies dites *internes*, et qui résultent de l'engagement de l'intestin dans une poche ou dans un sac intérieur, renfermé lui-même dans la cavité abdominale, leur histoire se confond avec celle de l'étranglement interne.

Ces réserves faites, les hernies spontanées doivent seules nous occuper ici.

Divisions. — Avec Samuel Cooper, nous étudierons les hernies sous trois états cliniques principaux :

« Quand les organes qui font hernie ne sont pas comprimés dans le sac, qu'on peut facilement les faire rentrer dans la cavité abdominale, on dit que la hernie est *réductible*.

« Quand le collet du sac n'exerce aucune constriction sur ces parties, mais que cependant on ne peut les faire rentrer, soit à cause des adhérences qu'elles ont contractées, soit parce qu'elles sont trop volumineuses relativement à l'ouverture par laquelle elles ont passé, on dit que la hernie est *irréductible*.

« La *hernie étranglée* est celle dans laquelle les parties déplacées, non seulement ne peuvent rentrer dans l'abdomen, mais encore sont soumises à une constriction, en sorte que si c'est une portion d'intestin qui fait hernie, la pression exercée sur elle empêche les matières qu'elle contient de continuer leur route vers l'anus, détermine l'inflammation de ce viscère et occasionne ainsi une suite de symptômes graves et même souvent mortels. »

Nous décrirons donc :

- 1° Des hernies réductibles;
- 2° Des hernies irréductibles;
- 3° Des hernies étranglées.

A propos de ces dernières, nous devons indiquer certains accidents des hernies : *engouement*, *inflammation*, dont l'histoire se confond en grande partie avec celle de l'étranglement.

CHAPITRE PREMIER

HERNIES RÉDUCTIBLES

Pathogénie. — Les hernies spontanées sont dues à un défaut d'équilibre entre la pression des viscères et la résistance des parois abdominales. Sur un sujet bien constitué, ces deux forces se balancent exactement ; mais que la pression des viscères soit momentanément augmentée au delà des limites de résistances des parois abdominales, ou que celles-ci viennent à s'affaiblir par distension ou par toute autre cause, la hernie spontanée se constitue rapidement. Lorsque la production de la hernie peut être rapportée surtout à une pression exagérée des viscères, on dit, avec Malgaigne, que c'est une *hernie de force*, et l'on qualifie de *hernie de faiblesse* celle qui semble due principalement à l'affaiblissement des parois.

Plusieurs théories ont été tour à tour invoquées pour expliquer la production des hernies :

1° *Théorie mécanique* (Garengot, Scarpa, A. Cooper). — C'est celle de l'effort.

2° *Allongement du mésentère* (Rost, Benevoli, Kingdom) ou insertion du mésentère sur *un plan inférieur* à celui de son insertion normale (Lockwood). — Cette théorie n'a pour ainsi dire plus de défenseurs aujourd'hui.

3° *Préformation du sac* (Pelletan, Cloquet, Velpeau, Roser). — La préformation du sac serait créée, soit par la traction que la graisse sous-péritonéale, qu'un lipome herniaire, exerceraient sur le péritoine, soit par une péritonite fœtale et la disparition de la graisse sous-péritonéale qui déterminerait la formation d'infundibula péritonéaux correspondant aux points déprimés de la paroi abdominale (English), soit enfin par une disposition congénitale.

Cette théorie de la préformation du sac, parfaitement acceptable pour les hernies inguinales congénitales, ne saurait être généralisée.

Dans les hernies acquises, il n'y a pas préformation d'un sac vrai, mais simple amorce péritonéale, capable de s'amplifier secondairement sous l'influence de certaines conditions mécaniques.

4° Des dispositions anatomiques normales ou accidentelles de la paroi abdominale jouent dans tous les cas un rôle prépondérant :

Les parois abdominales présentent des points faibles naturels : ce sont des anneaux fibreux, au niveau desquels la paroi abdominale est en quelque sorte ouverte pour donner passage à certains organes ; ainsi les anneaux inguinaux, orifices par lesquels s'engage le cordon testiculaire pour sortir de l'abdomen ; l'anneau crural, portion interne et mal comblée du grand orifice sous-jacent à l'arcade de Fallope, lequel donne passage aux vaisseaux fémoraux ; l'anneau ombilical, par où s'abouchent avec le fœtus les éléments vasculaires du cordon ombilical ; et, avec une importance beaucoup moindre, quelques orifices vasculaires des parois antérieures et latérales : canal obturateur, échancrure ischiatique, triangle de J.-L. Petit, orifices et arcades du diaphragme.

Dans certaines conditions, parmi lesquelles la distension de l'abdomen par la grossesse ou par l'obésité joue le rôle principal, *les anneaux naturels se trouvent distendus*. Leur faiblesse originelle s'accroît. Les hernies deviennent plus faciles. Ces mêmes conditions peuvent créer parfois de *véritables points faibles artificiels*. Ainsi naissent les orifices des hernies de la ligne blanche ; des faisceaux de fibres tendineuses entre-croisées sont déprimés, écartés les uns des autres, et laissent s'échapper dans leur intervalle les viscères abdominaux.

La paroi abdominale peut sur quelques points présenter non seulement un point faible, mais un véritable canal naturel (hernie congénitale) tout ouvert, lisse et vide, dans lequel le viscère abdominal n'a qu'à glisser pour ainsi dire.

Enfin signalons les *hernies ombilicales d'origine embryonnaire*, dans lesquelles la hernie ne se développe pas, mais persiste après la naissance. L'anse primordiale de l'intestin qui préexiste à la constitution des parois de l'abdomen, au lieu de faire retrait devant elles, persiste au dehors et fait ainsi obstacle à la formation de ces parois sur un point plus ou moins limité.

Parfois encore de véritables *canaux accidentels* se formeraient quelquefois sous diverses influences, parmi lesquelles la principale est certainement l'existence de cette sorte de lipome sous-péritonéal, que nous avons déjà signalée et qui, à la façon d'une hernie, tra-

verse les parois abdominales, entraînant derrière lui un cul-de-sac du péritoine (Cloquet et autres.)

Étiologie. — Les hernies constituent une des affections les plus répandues ; mais leur fréquence est très variable suivant l'époque de la vie que l'on considère. — Il convient donc de chercher à apprécier cette *fréquence suivant les âges*.

1° *Hernies de l'enfance.* — Malgré l'importance des hernies chez les enfants, il faut bien savoir qu'en chiffre absolu elles ne sont pas très nombreuses : 2 hernieux pour 100 environ (Bordenave, Malgaigne).

Presque toutes appartiennent à la première enfance, et sont survenues de la naissance à deux ou trois ans ; elles reconnaissent pour cause une disposition congénitale, une faiblesse mal connue des parois.

Relativement aux hernies congénitales, il faudra se rappeler que si certaines d'entre elles se produisent bien au moment de la naissance, il y en a d'autres qu'on range encore dans cette catégorie, parce qu'elles reconnaissent pour origine une disposition congénitale (persistance du canal péritonéo-vaginal), alors même qu'elles ne se produisent que chez l'adulte.

Les hernies des petits enfants sont plus fréquentes chez les garçons, en raison de la migration du testicule ; les cris de l'enfant en sont la cause occasionnelle la plus probable.

Dans la seconde enfance, les hernies sont plus rares et tout particulièrement de dix à treize ans.

2° Les *hernies des adultes* se montrent ensuite de plus en plus nombreuses ; à la faiblesse originelle de la paroi s'ajoutent pour les produire des efforts souvent très intenses et qui peuvent être divisés en efforts physiologiques souvent professionnels et en efforts pathologiques. Parmi ces derniers, la toux et les difficultés de la miction jouent le rôle principal.

Dans les rétrécissements de l'urèthre, on trouve, dit Malgaigne, 1 hernie pour 9 individus.

On ne s'étonnera pas que les hernies soient plus fréquentes chez les hommes plus particulièrement adonnés aux travaux pénibles que chez les femmes (4 contre 1, Malgaigne), qu'elles soient plus communes dans les classes laborieuses : 1 sur 28, au lieu de 1 sur 57 ou 58 dans les classes aisées ; les cultivateurs, les portefaix, dont

les efforts se font dans une position où la paroi est moins bien fixée, y sont particulièrement sujets. On a invoqué la misère, la nourriture végétale augmentant la longueur de l'intestin (Amen), les tailles élevées, les pays chauds, les pays de montagnes : rien de tout cela n'est établi. Ce que l'on sait mieux, c'est qu'une hernie en appelle une autre (Malgaigne), fait important qui démontre bien le rôle de l'affaiblissement des parois; l'hérédité même n'y est pas étrangère : 86 fois sur 316 (Malgaigne); elle agit également par le père et la mère (Le Dentu).

Il est difficile d'expliquer pourquoi les hernies sont plus fréquentes du côté gauche, dans la proportion de 7 contre 4 ou 5.

Les grossesses, les tumeurs abdominales, l'augmentation de la graisse abdominale, distendent les parois du ventre et diminuent leur résistance; l'amaigrissement survenant après un état marqué d'embonpoint facilite encore la production des hernies. Elles sont assez souvent notées chez les tuberculeux au troisième degré.

Les hernies des vieillards sont de beaucoup les plus fréquentes relativement; on les rencontre dans les proportions d'une sur trois ou quatre vieillards (Malgaigne).

L'effort nécessaire pour soulever un fardeau, surtout dans la position d'écartement des jambes, est la cause occasionnelle la plus fréquente, puis vient celui qui résulte du poids d'une charge sur les épaules, puis enfin l'effort que l'on déploie pour s'opposer à une chute imminente (gymnastique, équitation, bicyclette, tricycle). Les coups sur le ventre, la toux, les chutes d'un lieu élevé, une contraction abdominale violente, ont été également incriminés.

Anatomie pathologique. — On doit considérer dans toute hernie :

- 1° Son trajet à travers la paroi abdominale;
- 2° Sa constitution propre.

I. — Trajet de la hernie.

Certaines hernies se font d'une façon tellement directe, à travers la paroi abdominale, qu'elles ne font que franchir en quelque sorte un anneau de cette paroi : il en est ainsi de celles que l'on rencontre sur la ligne blanche. Mais d'autres n'arrivent sous les téguments qu'après avoir traversé de véritables trajets anatomiques : trajet ombilical chez l'adulte, trajet crural et surtout trajet inguinal.

Tout trajet de ce genre comporte deux anneaux, l'un interne et mieux intérieur, l'autre externe ou extérieur. Ces deux orifices sont normaux dans le canal inguinal; mais l'un des deux peut être accidentel, comme l'anneau artificiel que crée dans la hernie crurale le passage des viscères à travers le *fascia cribriformis*.

Suivant que le trajet herniaire traverse perpendiculairement ou plus ou moins obliquement la paroi abdominale, la hernie est dite *directe* ou *oblique*.

Elle est *complète*, lorsque la paroi a été franchie en totalité; *incomplète*, lorsqu'elle s'engage seulement dans les couches profondes de la paroi.

La *pointe de hernie* est celle qui s'arrête à l'orifice interne; dans la *hernie interstitielle*, l'orifice interne a été franchi, la hernie reste dans le trajet, en deçà de l'orifice externe.

Il ne faut pas croire que les anneaux naturels ou accidentels conservent leurs caractères normaux et qu'on les trouve seulement plus ou moins distendus; ils sont, en outre, la plupart du temps, profondément modifiés dans leur structure; ils s'épaississent, deviennent *fibreux*, *rétractiles*, *inodulaires*, et sont le plus souvent tellement confondus avec le collet du sac qu'il est bien difficile de les séparer.

Ces modifications, produites par la distension et les frottements que déterminent l'issue et la rentrée des viscères, sont surtout marquées dans les hernies anciennes; là les deux orifices tendent à se rapprocher, à ne plus faire qu'un, par suite de la diminution d'épaisseur de la paroi abdominale, de la dissociation et de l'écartement des plans aponévrotiques, de l'amaigrissement et de la disparition progressive des couches musculaires au voisinage des orifices herniaires ainsi que de la distension des anneaux eux-mêmes. Le trajet intermédiaire est réduit au néant, et le collet du sac est plus ou moins confondu dans le tissu cicatriciel qui enserme le pédicule de la hernie.

II. — Constitution de la hernie. — Tumeur herniaire.

Le volume des hernies, leur forme surtout sont très variables; il y a de petites hernies marronnées, la hernie crurale en est le type; il en est de moyennes, piriformes; il en est de grosses comme des têtes

d'enfants ou d'adultes; mais à côté de ces types principaux, que de variétés! hernies en bissac, en brioche, pointes de hernies, hernies cylindriques, hernies aplaties, étalées, etc., jusqu'à ces hernies énormes qui sont plutôt des éventrations, de véritables monstruosités que nous retrouverons à propos des hernies ombilicales embryonnaires. La seule loi générale que l'on puisse tirer de ces variétés innombrables a été bien indiquée par le professeur Gosselin : toute tumeur herniaire doit être considérée comme formée d'un *corps* plus ou moins évasé, rattaché à la paroi abdominale par un *pédicule* plus ou moins rétréci.

Enfin la tumeur herniaire est souvent *multiple*. — Une hernie en appelle une autre, disait Malgaigne.

La hernie elle-même est anatomiquement constituée :

- a. Par des enveloppes extérieures;
- b. Par une enveloppe péritonéale, sac herniaire;
- c. Par un contenu.

A. *Enveloppes de la hernie*. — La peau qui recouvre les hernies est parfois très pigmentée; elle peut être considérablement amincie, au point de s'ulcérer quand il s'agit de certaines hernies volumineuses; ce fait est d'ailleurs extrêmement rare.

Au-dessous d'elle, on trouve les couches du tissu cellulaire sous-cutané, soit chargées de graisse, soit même coiffées d'une véritable tumeur grasseuse (*lipome herniaire*); plus souvent elles sont lamellées, celluleuses, multipliées, sans qu'on puisse rien indiquer de précis à cet égard, fait important, car dans certaines hernies on arrive immédiatement sur le sac et l'intestin, alors que dans d'autres cas on est obligé d'inciser sur la sonde cannelée un grand nombre de couches. On a vu se développer dans ces couches des *hygromas* consécutifs à la pression d'un bandage (Broca); on a vu ces dernières collections enflammées jusqu'à la suppuration (Chassaignac); on y a noté des *épanchements sanguins* à la suite de manœuvres exagérées de taxis (A. Bérard).

Enfin on arrive sur une enveloppe tantôt mince et transparente, tantôt blanchâtre et épaisse; cette enveloppe n'est autre que le péritoine, coiffant les viscères herniés: c'est le *sac herniaire*, la seule enveloppe vraiment importante des hernies.

B. *Sac herniaire*. — Il n'était pas connu des anciens, qui s'imaginaient que le péritoine s'était déchiré pour laisser passer les

viscères. Il faut arriver à Ambroise Paré pour trouver nettement indiqué ce fait important, que, dans la hernie spontanée, il y a distension, dilatation du péritoine et non déchirure de cette membrane. Parmi beaucoup d'autres, on doit surtout citer les travaux de J.-L. Petit, de Richter, d'Arnauld, Scarpa, Dupuytren, qui ont fixé définitivement les rapports et la constitution du sac herniaire.

Cette enveloppe peut manquer totalement: dans la hernie traumatique vraie, c'est la règle; dans la hernie spontanée, c'est l'exception.

— Cette exception concerne surtout certaines hernies du cæcum, de la vessie, organes incomplètement recouverts par le péritoine, et les hernies ombilicales embryonnaires qui se sont effectuées avant que le péritoine se fût développé complètement.

L'absence du sac n'est souvent que partielle; c'est le cas de bon nombre de hernies du cæcum et de la vessie.

C'est à la laxité du tissu cellulaire, qui double le péritoine, que cette membrane doit de glisser sur les plans fibreux et musculaires de la paroi abdominale dont elle tapisse la face interne, et de se laisser pousser et refouler par les viscères à travers le trajet herniaire.

Le sac herniaire, ainsi constitué par *locomotion du péritoine*, représente, dans les hernies ordinaires complètes, une sorte de bourse dont le fond, appelé *corps du sac*, est tourné vers la peau et dont l'ouverture rétrécie ou *collet* se continue avec le péritoine abdominal.

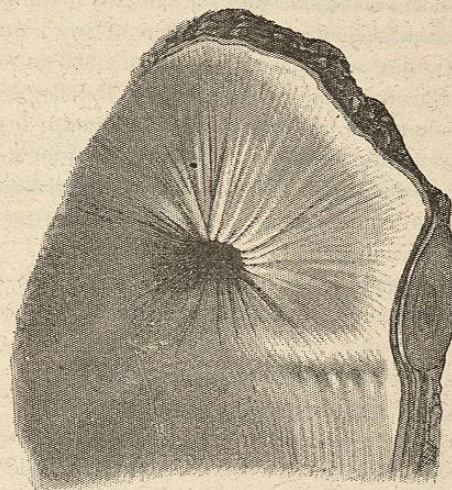


Fig. 31. — Orifice d'une hernie obturatrice récente, vu par sa face péritonéale. — On voit les plis radiés que forme le péritoine pour s'introduire dans le trajet sous-pubien, au-dessous de la branche horizontale du pubis (Demeaux).

Les hernies récentes ne possèdent pas à proprement parler de collet; on constate bien, il est vrai, un resserrement dû à la résistance des anneaux qui ne permet pas au sac de s'étaler.

Mais si l'on fait une section de ces anneaux, le pseudo-collet s'efface, les plis longitudinaux créés par le froncement du sac disparaissent et le pédicule de la hernie reprend à peu près le volume du corps du sac lui-même.

Dans les hernies incomplètes et dans les pointes de hernie surtout, le collet manque le plus souvent et la cavité du sac affecte la forme d'un doigt de gant qui communique avec le péritoine abdominal par un orifice souvent plus large que le fond du sac.

Mais dans les hernies anciennes le collet du sac est souvent confondu par sa face externe avec les anneaux herniaires. — C'est cette fusion intime sans doute qui s'oppose à un accident grave, la *réduction en masse* de la hernie, accident rare, mais incontestable, auquel il faut toujours songer pendant les manœuvres du taxis pour prendre les précautions qui permettront de l'éviter.

Considéré par sa face interne, le collet du sac est bien plus intéressant encore : on y voit une série de *stries* blanchâtres, *stigmata* de J. Cloquet, *vestiges des plis péritonéaux* produits par froncement et nivelés par adhérences.

Ces stries marquent le travail de rétraction constante du collet du sac, qui en est le caractère fondamental. Ce travail doit être attribué lui-même à la rétraction fibreuse cicatricielle qui s'opère autour du collet (Gosselin), et non, comme le voulait Demeaux, à un tissu dar-toïque qui n'existe pas.

Il n'est pas rare d'observer deux collets superposés correspondant aux deux anneaux d'un trajet, ou deux collets accouplés répondant à deux orifines voisins ouverts sur un même trajet ou sur des trajets peu éloignés l'un de l'autre.

A côté des sacs à collet double, il y a les sacs à collets multiples, les uns *superposés*, *hernies en chapelet*, les autres *juxtaposés*, comme les orifices du *fascia cribriformis* dans la hernie crurale d'Hesselbach.

Le *corps du sac* n'est pas toujours facile à isoler des couches voisines; on y trouve parfois un rétrécissement médian, hernie en bissac, en gourde, en brioche; d'autres fois des brides plus ou moins épaisses lobulent sa surface amincie par places. L'amincissement du

sac peut être porté très loin, dans certaines hernies latérales, par exemple; dans d'autres circonstances, on rencontre, au contraire, des sacs exceptionnellement épais dans toute leur étendue.

Jules Cloquet a signalé une variété bizarre et tout à fait exceptionnelle du sac le long duquel remonte un appendice diverticulaire étroit qui n'est sans doute autre chose qu'un sac déshabité.

La face interne du sac d'une hernie réductible est ordinairement lisse et polie; mais, dans d'autres hernies, elle présente des inégalités, des adhérences, surtout lorsque la tumeur est ancienne et renferme de l'épiploon; celui-ci adhère rapidement, devient irréductible, se confond avec la paroi interne du sac et se transforme en masses fibreuses sur lesquelles nous reviendrons à propos des hernies irréductibles.

Le corps du sac se développe presque toujours au delà des anneaux, mais on le voit encore s'étaler sous la paroi abdominale entre les deux anneaux d'un trajet; dans d'autres cas, il reste à l'état de pointe dans un trajet.

Dans des cas exceptionnels, le sac est situé entre le péritoine et l'anneau interne, disposition réalisée par la réduction en masse d'un sac herniaire.

Sac propéritonéal. — Cette variété importante, d'abord signalée par Froriep, puis bien étudiée par Parise dans un mémoire remarquable présenté en 1852 à la Société de Chirurgie, a été surtout rencontrée dans la hernie inguinale; elle consiste essentiellement dans la superposition de deux sacs, l'un inférieur, traversant le trajet herniaire habituel, l'autre supérieur, développé en arrière de la paroi abdominale, en avant du péritoine, avec la cavité duquel il communique par un point rétréci qui est ordinairement le collet de la hernie. Le sac profond n'est pas toujours directement superposé au sac superficiel; dans la plupart des cas (Duplay), il est situé latéralement et semble en quelque sorte n'être qu'un diverticule important dans lequel se logent habituellement les viscères herniés.

Le mode de formation de ces hernies propéritonéales a été l'objet de nombreuses discussions qui peuvent être résumées facilement. Le plus souvent, ainsi que l'a fort bien montré le professeur Gosselin, le sac propéritonéal est dû au refoulement du sac par des manœuvres répétées de réduction, opérées avant que les adhérences extérieures de son collet se soient solidement établies; dans quelques cas plus rares,