

mais incontestables, il s'agissait de diverticules péritonéaux congénitaux au voisinage de l'orifice inguinal interne : de là la théorie qui fait de cette variété de sacs herniaires le résultat d'un vice de conformation du péritoine (Linhart, Baer, Kronlein).

C. *Contenu.* — Enfin les sacs herniaires présentent de grandes variétés de contenu. On trouve dans un sac herniaire, par ordre de fréquence (Cruveilhier), l'intestin grêle et particulièrement l'iléon, l'épiploon, puis l'S iliaque, le côlon transverse, le cæcum, enfin les ovaires, les trompes, la vessie, l'utérus, l'estomac, le foie, le duodénum.

Hernies de l'intestin grêle et de l'épiploon. — Dans les cas ordinaires, de beaucoup les plus fréquents, on trouve une ou plusieurs anses intestinales appartenant à l'intestin grêle; lorsque ces anses sont seules dans la hernie, on dit : *hernie intestinale pure* ou *entéroécèle*; lorsqu'elles sont accompagnées d'épiploon, on dit *hernie intestino-épiploïque* ou *entéro-épiplocèle*; lorsque l'épiploon est seul, *hernie épiploïque* ou *épiplocèle*. Au point de vue de la marche et des symptômes des hernies, cette distinction est très importante, et, lorsqu'on le peut, aux qualificatifs, hernie spontanée réductible, il faut ajouter hernie intestinale, ou intestino-épiploïque, ou épiplocèle.

Lorsque l'intestin grêle et l'épiploon habitent ensemble le même sac herniaire, on trouve une ou plusieurs anses intestinales plus ou moins longues, généralement affaissées, peu ou pas distendues; à côté de l'intestin, une portion variable d'épiploon, formant parfois un véritable *sac épiploïque* (Prescot Hewett). On a même vu l'intestin traverser cette enveloppe complémentaire. La présence de l'épiploon avec l'intestin au collet de la tumeur est des plus importantes, car il constitue un bourrelet élastique qui protège efficacement l'anse herniaire contre la constriction et rend par conséquent l'étranglement moins grave.

Est-ce toujours la même anse intestinale qui descend dans la hernie? Cela est bien probable, comme nous le verrons par l'étude du mécanisme.

Quant à l'anse intestinale elle-même, elle se présente avec des différences de longueur considérables. Un seul fait mérite d'être retenu, c'est qu'il y a des *hernies avec anse complète*, et d'autres dans lesquelles une petite portion périphérique de l'intestin est seule com-

prise dans le sac : *hernie avec anse incomplète*, ou *pincement latéral de l'intestin*. Nous aurons occasion d'y revenir à propos de l'étranglement herniaire.

Lorsque l'épiploon est seul dans la hernie, il se présente souvent à l'ouverture du sac avec ses caractères normaux; mais il est parfois bosselé, épaissi, fibreux, renflé, adhérent.

Hernies du côlon — C'est ordinairement l'S iliaque que l'on rencontre dans les hernies. Parfois avec l'S iliaque ou le cæcum sort de l'abdomen une portion du côlon descendant ou ascendant. L'arc du côlon a été signalé assez souvent dans la hernie ombilicale. On ne le trouve dans la hernie inguinale qu'à l'état d'exception. Le gros intestin se reconnaît anatomiquement à ses caractères propres, présence et situation des bandelettes intestinales, appendices épiploïques.

Hernies du cæcum. — Le cæcum se présente dans les hernies sous trois aspects différents :

1° *Absence totale du sac.* Le cæcum s'est déplacé sans entraîner le péritoine qui le tapisse. Admise par les classiques, considérée même par eux comme assez fréquente, cette disposition est en réalité fort rare. Les recherches de Trèves et de Tuffier ont d'ailleurs montré que le cæcum est recouvert complètement par la séreuse péritonéale, à l'état normal.

2° Assez souvent, l'organe entraîne avec lui, dans sa locomotion, le péritoine qui recouvre sa face antérieure : *absence partielle du sac, sac incomplet*. Il peut même arriver que, le péritoine pariétal ayant été entraîné en même temps, on trouve en avant du cæcum, incomplètement recouvert, un sac herniaire dans lequel existe une anse intestinale plus ou moins volumineuse.

3° Enfin, plus souvent encore, comme le démontrent les relevés de Mérigot de Treigny (Thèse de Paris, 1887), il existe un *sac herniaire complet*; la hernie cæcale offre alors tous les caractères des hernies ordinaires.

Suivant l'ordre de fréquence indiqué par Cruveilhier, les hernies des ovaires et des trompes viennent après celles du cæcum. Sans étudier à fond ces variétés, nous résumons leurs principaux caractères.

L'ovaire peut exister seul dans les hernies; il peut s'y rencontrer avec la trompe, et même avec l'utérus; on l'observe surtout dans les hernies inguinales : la persistance du canal de Nuck con-

stitue évidemment, dans certains cas, la raison de son existence congénitale.

L'ovaire hernié est sain, induré, libre ou adhérent.

Les *hernies de l'utérus* sont extrêmement rares; elles se produisent, d'après Nélaton, presque toujours par traction de la trompe et de l'ovaire, herniés eux-mêmes; cette disposition a été parfaitement constatée par Lallemand.

Les *hernies de la vessie* sont plus fréquentes que celles de l'utérus; elles sont assez importantes pour être étudiées à part. Les principales variétés connues sont les cystocèles inguinale, crurale, péritonéale et vaginale. — Vernier leur a consacré une excellente monographie.

L'estomac ne se rencontre que fort rarement dans les hernies; on l'observe surtout dans les hernies ombilicales, dans les hernies diaphragmatiques et dans celles de la ligne blanche; tantôt il n'y a qu'une petite portion de l'estomac herniée; tantôt c'est l'organe tout entier, seul ou avec une portion plus ou moins considérable de l'intestin. — Lebert, Yvan, ont signalé sa présence dans des hernies inguinales.

Quant au *foie*, on ne le trouve guère que dans les hernies diaphragmatiques, surtout à droite (Lambron), et dans les énormes éversions ombilicales.

En parlant des hernies en particulier, nous aurons l'occasion de revenir un peu plus longuement sur ces divers déplacements viscéraux que nous n'avons fait qu'énumérer ici, pour être aussi complet que possible, sans sortir des limites étroites que nous ne devons pas franchir.

Mais, au lieu de rencontrer un viscère quelconque dans le sac herniaire, on n'y trouve parfois aucun organe normal: *sacs inhabités* ou *déshabités*.

Quelques sacs petits, formés par traction, ne sont pas encore habités, mais ils pourront l'être un jour. Le plus souvent il s'agit de sacs déshabités; ceux-ci sont le plus souvent vides, et alors leurs parois sont plus ou moins rétractées, adhérentes, épaissies; dans quelques cas, ils sont occupés par de la graisse; *certaines hernies graisseuses* sont manifestement contenues dans un sac herniaire.

Dans d'autres cas encore, le sac renferme un liquide séreux et jaunâtre, et alors ou bien le sac est bien complètement fermé: c'est le *kyste sacculaire de Duplay*, ou bien ce kyste communique encore,

par un petit canal, avec la cavité péritonéale: *pseudo-kystes sacculaires* du même auteur.

Enfin on a rencontré à l'intérieur des sacs herniaires des productions polypiformes, voire même des corps étrangers, probablement formés aux dépens d'appendices épiploïques du gros intestin. Ces productions ont l'aspect et la consistance du tissu fibreux.

Symptômes et diagnostic.

— Les hernies réductibles ne donnent pas lieu, dans la majorité des cas, à des *troubles fonctionnels* bien marqués; dans quelques circonstances, cependant, ces troubles acquièrent une certaine importance: nous devons donc nous y arrêter quelques instants.

C'est d'abord une *gêne réelle et constante*, diversement accusée suivant les individus, suivant le siège et le volume de la hernie, quelquefois exagérée par la crainte d'accidents graves.

La *douleur locale* n'existe guère quand la hernie est réduite; mais cette règle comporte des exceptions; il y a des sujets qui souffrent presque constamment de leur hernie, d'autres qui n'éprouvent de la douleur que dans les efforts et les grands mouvements, d'autres enfin chez lesquels la réduction la provoque. On dit chez ces derniers que la hernie a *perdu droit de domicile*.

La douleur brusque de l'effort est presque toujours vive; la douleur constante est souvent sourde: la première irradie vers les régions voisines, surtout vers le scrotum et les membres inférieurs; la seconde affecte plutôt le caractère de petites coliques; enfin, il n'est pas absolument rare de rencontrer des hernies douloureuses à la pression et notamment à celle du bandage: nous y reviendrons à propos du traitement.

Il ne reste plus à mentionner que des *troubles digestifs vagues* et mal définis, tiraillements, phénomènes dyspeptiques, éructations

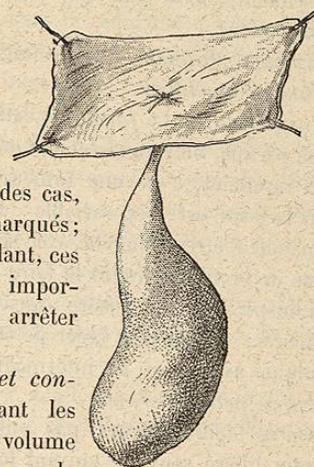


Fig. 32. — Sac herniaire transformé en kyste sacculaire par l'oblitération de son collet. Le péritoine présente les *stigmates* résultant de cette oblitération (Cloquet).

fréquentes après les repas; malaise physique et intellectuel avec pesanteur du ventre.

En cas de hernies volumineuses, on peut observer un certain affaiblissement général plus souvent imputable peut-être à l'âge qu'à la hernie même.

Examen clinique. — Il se fait par l'inspection et la palpation de la tumeur herniaire.

Inspection. — La forme de cette tumeur est arrondie ou allongée, avec, parfois, un rétrécissement médian, hernie en bissac, *en gourde*; plus rarement, c'est une tumeur étalée. — Le relief qu'elle fait sous la peau est très variable: tantôt il saute aux yeux, tantôt il demande à être recherché avec soin; le malade, debout, sera examiné de profil; il faudra le faire tousser, provoquer un effort.

L'inspection fait encore constater le volume si variable de ces tumeurs; et l'on peut créer de ce chef une importante classification clinique avec tous les intermédiaires: *grosses hernies, moyennes hernies, petites hernies.*

On ne doit d'ailleurs pas oublier que le volume d'une même hernie diffère souvent, suivant les moments auxquels on l'examine, et principalement suivant la position: station verticale, décubitus.

Enfin ce mode d'exploration permet de juger rapidement si la hernie est unique ou multiple, unilatérale ou bilatérale, et de déterminer souvent, au premier abord, son siège.

La peau est le plus souvent normale, quelquefois un peu pigmentée, surtout dans les grosses hernies scrotales; elle peut être le siège d'érythème plus ou moins persistant, sous l'influence des frottements d'un bandage malpropre.

Palpation. — La hernie est presque toujours une tumeur molle, dépressible, indolente, dans laquelle les doigts délimitent facilement un corps ou un pédicule.

Lorsqu'on commande au malade de tousser, elle se tend et augmente de volume. Elle est douée d'expansion.

Lorsqu'on la serre entre les doigts en la refoulant vers son pédicule et dans sa direction, cette tumeur rentre; elle est réductible et elle rentre souvent avec un bruit de gargouillement produit par le déplacement des gaz contenus dans l'anse herniée. C'est là, on peut le dire, un signe pathognomonique de hernie. Parfois, lorsque

la hernie est rentrée, le doigt se coiffant des enveloppes et du sac herniaire peut être introduit dans le ventre et constater les rapports et le degré de dilatation du trajet.

La palpation permet donc de dire qu'il y a une hernie réductible; le bruit de gargouillement obtenu dans la réduction montre de plus que la hernie est intestinale ou intestino-épiploïque; la percussion, en révélant la sonorité des gaz intestinaux contenus dans l'anse herniée, vient confirmer ce point de diagnostic.

Caractères de l'épiplocèle. — Lorsque l'épiploon constitue à lui seul la masse herniée, ou lorsqu'il en représente la majeure partie, ces caractères diffèrent quelque peu: la tumeur est pâteuse, moins dépressible, quelquefois inégale, finement lobulée; elle est mate à la percussion, elle devient très rapidement irréductible.

Il y a bien impulsion par la toux, mais non pas expansion. Parfois on peut sentir dans le ventre le prolongement de l'épiploon, la corde épiploïque indiquée par Velpeau.

Existe-t-il une entéro-épiplocèle? L'intestin rentre le premier et le plus facilement avec un bruit de gargouillement; l'épiploon suit, mais avec plus de lenteur.

Tels sont les caractères physiques habituels des hernies abdominales les plus fréquentes; ils présentent d'ailleurs bien des variantes; nous devons surtout signaler celles qui sont relatives à leur principal caractère: la réductibilité. C'est ainsi qu'on reconnaît:

1° *Des hernies coercibles*, faciles à réduire et à maintenir réduites;

2° *Des hernies incoercibles*, réductibles à la vérité, souvent avec difficulté, mais ressortant immédiatement: ce sont les hernies volumineuses.

On distingue encore dans les hernies coercibles: des *hernies sortant difficilement*, même par efforts et dans la station verticale, et des *hernies sortant facilement*, soit dans la position verticale, soit dans la position horizontale.

Dans les cas rares où la hernie renferme un viscère autre que l'intestin, voici comment on pourra faire le diagnostic:

Hernie de l'estomac. — La hernie constituée par une portion de l'estomac se gonfle par l'ingestion des aliments; quand on fait boire le malade, la poche herniée se remplit de liquide, dont on perçoit

assez facilement le choc; dans ces conditions, la tumeur devient également mate à la percussion.

Joint à la notion du siège de la hernie, plus souvent ombilical ou sus-ombilical, ces caractères ne laissent guère de doute.

Les crampes d'estomac, tiraillements douloureux, nausées, vomissements, les troubles fonctionnels en un mot, ont une valeur bien moindre; nombre de fois on les a rencontrés dans de petites hernies du côlon.

De même, pour la *hernie de la vessie*, les meilleurs indices sont, en somme, la réplétion de la portion herniée coïncidant avec celle du réservoir lui-même, la possibilité après la miction d'évacuer son contenu dans la vessie et de provoquer une miction nouvelle, enfin la matité de la tumeur à l'état de réplétion.

La forme et la consistance de la tumeur, les troubles menstruels, les crises douloureuses névralgiques ou hystéroides provoquées à l'époque des règles par la congestion ou encore par la palpation exagérée de la hernie, permettront parfois de reconnaître la *hernie de l'ovaire*.

Les autres viscères se rencontrent assez rarement pour être difficilement diagnostiqués, à moins qu'il ne s'agisse de hernies volumineuses où l'on peut les distinguer par leur forme et leur consistance.

Le *diagnostic* des tumeurs herniaires ne présente donc pour ainsi dire pas de difficultés. Chez les femmes très grasses et lorsqu'il s'agit de hernies très petites, à peine marquées, on conçoit cependant qu'il puisse être malaisé de les découvrir.

Il en est de même quand la hernie est habituellement réduite et ne sort qu'exceptionnellement: c'est là une cause de difficultés fréquentes chez le nouveau-né.

Lorsque la hernie est un peu volumineuse, le diagnostic est plus aisé: il n'y a guère de tumeurs réductibles comme elle; cliniquement, on peut dire qu'il n'y en a pas qui soient sonores de la même manière, et complètement réductibles avec gargouillement.

Ce sera donc sur ce double caractère clinique qu'on s'appuiera pour distinguer la *hernie* de la tumeur mate, liquide, fluctuante, incomplètement réductible, constituée par un abcès froid, une varice veineuse ou lymphatique.

L'*abcès froid* d'ailleurs n'est pas aussi bien limité; son enveloppe

est plus épaisse; sa fluctuation plus franche s'accompagne du bruit de chaînon quand il y a double poche; enfin l'exploration attentive du bassin et de la colonne vertébrale révèle presque toujours le point de départ; ce diagnostic sera encore confirmé par l'état général, la présence d'autres lésions tuberculeuses.

Les *varices veineuses*, intra-scrotales ou superficielles, constituent rarement une tumeur aussi volumineuse; elles forment des paquets dans lesquels on reconnaît une accumulation de corps allongés et pelotonnés; elles s'accompagnent souvent de dilatations veineuses extérieures évidentes.

Enfin les *varices lymphatiques*, qui s'observent surtout chez certains individus ayant habité les colonies, l'île Maurice notamment, pourraient donner naissance à des tumeurs rappelant certaines espèces de hernies; mais elles ne sont jamais sonores; elles siègent ordinairement dans le triangle de Scarpa; les troncs lymphatiques du voisinage deviennent apparents, etc.

Le diagnostic de l'épiplocèle pure est souvent plus difficile: au milieu d'une paroi surchargée de graisse, on peut rencontrer des lobules adipeux qui en imposent; on peut voir sortir par les orifices herniaires des lobules graisseux sous-péritonéaux constituant de *vrais lipomes herniaires*. Ces lobules graisseux peuvent être renfermés dans un sac déshabité: *hernie graisseuse vraie*; ils peuvent attirer à leur suite un sac herniaire et une anse intestinale; l'état adipeux de la paroi, la lobulation moins fine, permettront dans quelques cas de poser la question: il sera toujours bien difficile d'être absolument affirmatif.

Marche et terminaisons. — Une hernie bien contenue sur un sujet jeune et dès le moment de son apparition peut *guérir spontanément*. — Cette *guérison spontanée* s'effectue suivant deux mécanismes différents: ou bien *le collet s'oblitère*, ses faces s'accolent (Cloquet, Roustan, Malgaigne, Gosselin); ou bien *le sac réduit* dans l'abdomen avec son contenu *se déplisse* et le péritoine reprend sa disposition normale.

Étant donné ce que nous savons de la constitution anatomique du collet, ce déplissement, pour peu du moins que la hernie soit ancienne, doit être rare, et l'on conçoit que le sac réduit dans l'abdomen puisse encore recevoir une anse intestinale, l'étrangler même; c'est une variété de l'étranglement interne. Plus souvent peut-être,

le sac persiste, mais étroit, petit, et l'intestin ne s'y engage plus; une hernie graisseuse, un pseudokyste sacculaire, peuvent s'y développer.

Chez l'adulte qui porte un bon bandage, la hernie augmente peu; mais rien n'est commun comme de rencontrer des sujets porteurs de hernies volumineuses maintenues par des bandages insuffisants; la hernie, dans ces conditions, a toujours de la tendance à s'accroître, mais elle s'accroît lentement; la contention même imparfaite est utile. — *Lorsque la hernie n'est pas maintenue du tout*, elle augmente rapidement, tantôt d'une manière progressive, tantôt par poussées; elle devient très volumineuse et à la fin irréductible: nous allons y arriver.

Pronostic. — Le pronostic de la hernie réductible est tout entier dans ces deux mots: c'est une *infirmité*, doublée d'un *danger*.

Infirmité, parce que la hernie oblige à porter un bandage pendant un temps très long sinon toujours; parce qu'elle gêne considérablement les mouvements, s'oppose par conséquent à certains travaux pénibles; parce qu'enfin elle peut être sensible, douloureuse même.

Danger, parce que l'accroissement graduel de la hernie conduit à l'irréductibilité, à l'inflammation, à l'étranglement, c'est-à-dire à des complications très graves qui entraîneront la mort, si le chirurgien est appelé trop tard ou s'il hésite à intervenir.

Traitement. — La conclusion thérapeutique est facile à tirer: il faut soigner les hernies réductibles, et pour cela le chirurgien a deux méthodes à sa disposition:

Une méthode palliative, consistant dans le port d'un bon bandage; une méthode curative, cure radicale des hernies, qui est applicable à l'heure actuelle à un très grand nombre de hernies réductibles.

Traitement palliatif. — Il consiste, nous l'avons dit, dans l'application d'un bon bandage.

Le bandage est un appareil mécanique à pression constante, destiné à maintenir la hernie réduite.

Il se compose: 1° d'une pelote oblongue, elliptique, ou triangulaire; c'est un tampon de laine ou de crin revêtu d'une armature métallique sur sa face extérieure, d'une peau fine sur sa face interne; — 2° d'une tige le plus souvent métallique, destinée à soutenir la pelote, et qui prend elle-même son point d'appui sur la région lombaire.

L'emploi des bandages remonte à l'antiquité; mais leur application n'est devenue pratique qu'en 1665, lorsque N. Lequin employa la pression d'un ressort en acier; en 1761, Tiphaine, en inventant le bandage double, créa un perfectionnement important.

Il existe deux variétés principales de bandages:

1° Le *bandage français*, dont le ressort, moulé sur le haut du bassin, est aussi tordu suivant ses bords, comme si l'on avait incliné

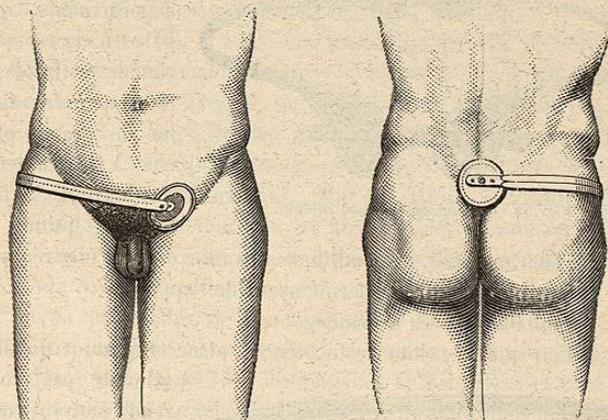


Fig. 33. — Bandage anglais (inguinal) appliqué. — Extrémités antérieure et postérieure.

sa pelote en bas et en dedans, tandis que l'autre extrémité était tordue en sens inverse;

2° Le *bandage anglais*, courbé seulement suivant ses faces, contourne la hanche du côté opposé, croise la ligne médiane pour venir s'appliquer sur l'orifice herniaire. Sa pelote est articulée d'une façon très mobile avec le ressort; cette mobilité rend les déplacements moins fréquents. La complication du mécanisme, son prix élevé, le rendent, dans beaucoup de circonstances, moins pratique que le bandage français.

Nous ne pouvons mentionner toutes les variétés de bandages; certaines modifications sont cependant utiles. Tels sont les bandages dans lesquels la pression de la pelote peut être graduée à l'aide d'une clef, bandages de Creuzot, qui rendent de réels services dans certains cas où la hernie est difficile à maintenir.