

absence de sac dans les hernies consécutives aux plaies pénétrantes de l'abdomen, et le plus souvent aussi dans les hernies consécutives à l'opération de la hernie étranglée. Certains viscères que le péritoine n'enveloppe qu'en partie, le cœcum, les portions lombaires du côlon, la vessie, ne sont pas contenus dans un sac. Toutes les fois qu'une hernie n'est pas renfermée dans un prolongement du péritoine, elle est dite *akystique*.

Tout sac herniaire présente à considérer plusieurs portions : l'*orifice*, c'est-à-dire l'ouverture de communication du sac avec le péritoine ; le *collet* ou *collet*, c'est-à-dire le contour même de cette ouverture ; le *corps* du sac et enfin le *fond* ou la partie directement opposée à l'orifice.

L'*orifice* (o, fig. 228 et c, c, c, fig. 229) présente en général une forme arrondie ou oblongue ; quelquefois c'est une fente étroite, ou bien encore une ouverture triangulaire. Le diamètre en est variable, depuis un petit pertuis jusqu'à une ouverture assez large pour recevoir le poing, ainsi que cela se voit dans de vieilles hernies qui n'ont pas été contenues. Tantôt l'ouverture regarde le centre de la cavité abdominale, tantôt elle a une direction oblique par rapport aux parois de cette cavité.

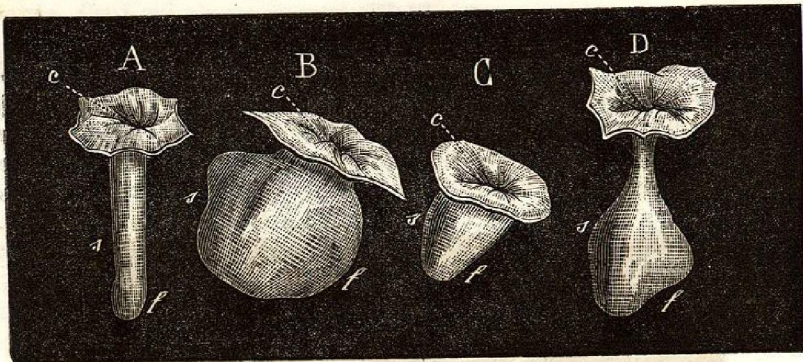


Fig. 229.

Le *collet* du sac a quelquefois l'épaisseur normale du péritoine ; le plus souvent ce dernier s'épaissit par le resserrement et le froncement de cette membrane au niveau de l'anneau aponévrotique ; il y a des plis radiés au pourtour du collet, que J. Cloquet appelle *stygmates* (c, c, c, c, fig. 229). En général, il y a un rapport direct entre l'orifice du sac et l'anneau aponévrotique ; des adhérences partielles ou totales les unissent ; d'où il résulte que tantôt le collet du sac et l'anneau sont étroitement unis ; tantôt, par l'absence d'adhérences, la séparation est très-facile à effectuer. Quelquefois il se développe des vésicules ou des appendices graisseux entre le péritoine et l'ouverture aponévrotique.

Le *corps* du sac (s, s, s, s, fig. 229) présente des différences de volume, de direction et surtout de forme. Le professeur J. Cloquet a rattaché les variétés de configuration du sac à quatre formes : le sac *cylindroïde* (fig. 229, A) ; le *sphéroïdal* (fig. 229, B) ; le *conoïde* (fig. 229, C) ; le *conoïde renversé* ou *pyriforme* (fig. 229, D).

Le corps du sac présente à considérer une face *interne* ou *séreuse*, lisse, blanchâtre, lubrifiée par de la sérosité, en contact avec les parties déplacées et communiquant avec la cavité du péritoine ; une face *externe*, unie aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche dans les hernies récentes et peu volumineuses, plus ou moins dense et serré dans les hernies anciennes. Chez les sujets pourvus d'embonpoint, cette face externe est recouverte d'une couche de graisse. Des feuillettes de diverse nature s'ajoutent à l'appendice du péritoine ; ces diverses couches seront étudiées dans l'histoire des hernies en particulier.

Le *fond* du sac (f, f, f, f, fig. 229) occupe, dans la plupart des cas, la partie inférieure de la tumeur ; quelquefois il est dirigé en avant, ou en dedans, ou en dehors. Par le fait des progrès de la hernie, il change de place, comme nous le verrons plus loin. Au début, les parois du sac ne reçoivent qu'un petit nombre de vaisseaux ; quelquefois, cependant, elles sont très-vasculaires ; des vaisseaux lymphatiques rampent dans le tissu cellulaire qui en double la face externe.

La structure du sac est la même que celle du péritoine. Bien que l'épaisseur absolue du sac soit subordonnée au nombre des autres enveloppes de la hernie, le péritoine qui entre dans sa constitution conserve généralement la même épaisseur ; dans quelques cas la séreuse est épaissie.

*Changements ultérieurs du sac.* Le sac herniaire ne conserve pas toujours ni la figure primitive, ni les dimensions qu'il avait au début. Il s'accroît sous l'influence des impulsions incessantes qui lui sont communiquées par les organes placés derrière lui, du poids des viscères qu'il renferme, par les tractions qu'exercent les parties placées en dehors de lui. Cette migration du sac a des conséquences différentes, suivant que l'orifice du sac adhère à l'ouverture aponévrotique ou joue librement dans cette ouverture. Dans le premier cas, la portion correspondante du péritoine, ne pouvant glisser sur les parties subjacentes, est distendue, amincie et éprouve des ruptures partielles. Dans le second cas, le collet est entraîné en bas, et à la place qu'il occupait primitivement se forme un second collet.

*Sacs à collets multiples.* Dans certaines hernies, dans l'inguinale externe par exemple, le sac présente *primitivement* deux collets correspondant aux deux ouvertures aponévrotiques (anneau inguinal externe et anneau inguinal interne) que les viscères ont traversées.

Dans d'autres cas, et par le mécanisme que nous avons indiqué tout à l'heure, une hernie pourvue dans le principe d'un seul collet en acquiert un second : c'est lorsque le collet primitif descend avec le sac sous l'in-

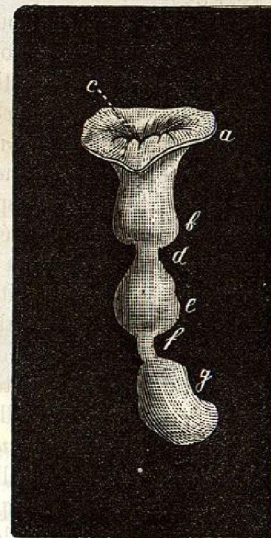


Fig. 230.

fluence de l'impulsion des viscères abdominaux. Parfois même il se forme ainsi un plus grand nombre de collets. La figure 230, empruntée à J. Cloquet, représente un sac herniaire en forme de *chapelet*, ce qui est dû à l'existence de trois collets *a, d, f*. Les parties du sac intermédiaires aux collets sont représentés par *b, e, g*. On voit en *a*, le péritoine formant en *e* des plis bien distincts.

Les collets de *formation secondaire* présentent des variétés de position par rapport à l'axe du sac herniaire. L'ouverture du collet est perpendiculaire, oblique, ou même parallèle à cet axe. On s'explique ces différences, en ayant égard à la direction primitive par rapport à l'ouverture aponévrotique du collet de première formation, et à la façon dont ce dernier collet s'est déplacé par suite des adhérences que le péritoine correspondant a contractées au niveau de l'anneau aponévrotique.

Si on examine les collets par la face interne du sac, on reconnaît qu'ils représentent des anneaux fibreux plus ou moins saillants, tantôt occupant toute la circonférence du sac, tantôt n'existant que sur l'un des côtés de la paroi. Dans certains cas, ils ont la forme d'une cloison ou d'un diaphragme présentant au centre une ouverture. Quelques-uns représentent un repli semi-lunaire. Le collet est formé par deux lames péritonéales adossées l'une à l'autre; mais par suite des distensions et des tiraillements du sac, ces deux lames peuvent s'écarter et s'effacer. Par les progrès de l'évolution du sac, le collet peut se resserrer, revenir sur lui-même, se contracter sur les parties qui le traversent, adhérer avec elles; c'est ainsi qu'il produit l'étranglement de ces parties. Quelquefois il s'oblitére et forme une cloison complète qui empêche toute communication avec le reste du sac.

D'après Demeaux, l'évolution du collet du sac comprend trois périodes : dans la première (formation du collet), la circonférence du péritoine est simplement plissée, froncée à la façon d'une bourse. Le collet n'existe alors qu'à la condition d'être maintenu par un anneau fibreux ou musculaire. Si le péritoine est ramené dans le ventre par suite de la réduction de la hernie, le froncement disparaît. Dans la deuxième période (organisation du collet), les divers plis péritonéaux qui composent le collet adhèrent ensemble par le fait seul du contact prolongé des surfaces séreuses opposées : le collet est alors constitué. Il y a diminution et quelquefois disparition du tissu adipeux qui double la face externe ou celluleuse du collet; transformation de ce tissu en une couche nouvelle renfermant une grande quantité de vaisseaux. Plus tard, le péritoine lui-même se vascularise. Il se forme dans la couche celluleuse ou externe du collet des fibres dartoïques et même des fibres *musculaires*. Enfin, dans la troisième période (resserrement du collet), le collet a une tendance continuelle à se resserrer et même à s'oblitérer, dès que les organes contenus dans le sac cessent d'agir sur lui. A mesure que le collet s'épaissit, se resserre, la vascularisation diminue et la couche dartoïque se transforme peu à peu en tissu fibreux.

Le docteur Roustan diffère d'opinion avec Demeaux sur le mode d'oblitération du collet du sac. D'après Roustan, les plis rayonnés que l'on trouve à la face interne du collet (*stygmates* de J. Cloquet), sont dus à des

*adhérences* de la séreuse, dont les unes se font comme par *dessèchement* des surfaces séreuses en contact, dont les autres sont la suite de *phlegmasies* de cette membrane. Tandis que suivant Demeaux, le collet du sac consiste en une transformation du tissu cellulaire sous-péritonéal; pour Roustan, ce collet est constitué par les adhérences de quelques points du péritoine de l'orifice du sac, ou par l'épanchement de la lymphe plastique. Suivant J. Cloquet, tantôt le péritoine est épaissi au niveau des *stygmates*, tantôt la séreuse conserve l'épaisseur normale. Ces *stygmates* peuvent ne jamais avoir existé, lorsque le sac herniaire *s'oblitére au niveau du collet, en se séparant du péritoine de la même façon que la tunique vaginale*. Les adhérences qui se forment entre les divers points de l'orifice du sac pour former les *stygmates* ont lieu, la plupart du temps, sans inflammation préalable et sans production de membranes accidentelles.

*Sacs multiloculaires.* Il en existe plusieurs variétés :

(a) Lorsqu'un sac herniaire déjà ancien et pourvu d'un collet organisé, est poussé en dehors par suite de l'impulsion des viscères, il descend au-dessous d'un nouveau sac qui se forme aux dépens d'une portion du péritoine sortie de l'abdomen. Si le collet primitif s'oblitére, l'ancien sac peut cesser de communiquer avec le nouveau. Les sacs en chapelet (fig. 230) appartiennent à ce groupe que l'on appelle *sacs à plusieurs cavités situées les unes au-dessus des autres*.

(b) Si un sac herniaire déjà ancien adhère par son collet à l'ouverture

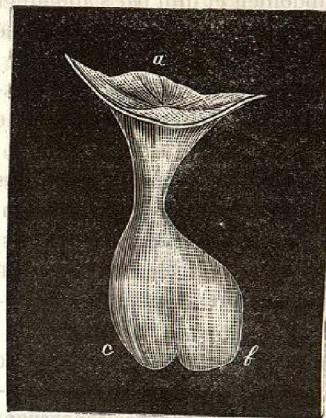


Fig. 231.

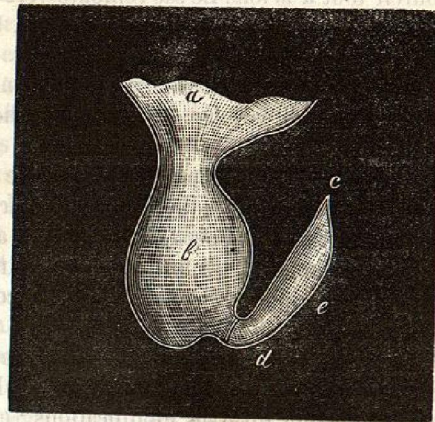


Fig. 232.

aponévrotique, le collet n'éprouve qu'une locomotion partielle ou inégale. Un nouveau prolongement du péritoine peut glisser à côté du collet primitif; de là formation de deux sacs réunis par leur collet vers l'anneau, ou n'ayant plus qu'une ouverture commune. La figure 231 représente, d'après J. Cloquet, un petit sac à *cavités latérales* (*b, c*) appartenant à une hernie crurale; ces deux sacs ont un collet commun. Les kystes qu'on trouve autour des sacs herniaires anciens sont souvent le résultat de l'oblitération de l'orifice d'une de ces cavités accolées à la tumeur.