

SEPTIÈME PARTIE

HERNIES ABDOMINALES

On désigne sous le nom de *hernies abdominales* les tumeurs que forment les viscères contenus dans l'abdomen en s'échappant au travers des parois de cette cavité.

Cette issue se produit, soit par un des orifices ou des points faibles normaux de la paroi abdominale, soit à travers une solution de continuité ou un point faible déterminés par un traumatisme. Dans le premier cas de beaucoup le plus fréquent, la hernie est *spontanée*; dans le second cas, la hernie est *traumatique*.

L'issue immédiate d'une portion plus ou moins considérable des viscères abdominaux à travers une plaie de la paroi, et les hernies qui se font au niveau d'une cicatrice distendue, ne sont pourtant pas des lésions comparables. Le premier de ces accidents appartient en propre à l'histoire des plaies pénétrantes de l'abdomen. L'issue d'un viscère au niveau d'une cicatrice est tout autre. L'histoire de cette affection est encore à faire en grande partie; on sait du moins que ces hernies sont peu sujettes à l'étranglement et qu'elles se rapprochent de l'éventration.

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

DIVISION. — 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, que l'on peut facilement les faire rentrer dans la cavité abdominale, on dit que la hernie est *réductible*.

« Quand le col 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 I

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 résistance des parois abdominales, ou que celles-ci viennent à s'affaiblir par distension ou par tout 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 on qualifie de *hernie de faiblesse* celle qui semble due principalement à l'affaiblissement des parois.

Les parois abdominales présentent des *points faibles naturels*; ce sont des anneaux fibreux, au niveau desquelles 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, orifice et arcades du diaphragme.

Dans certaines conditions, parmi lesquelles la distension de l'abdomen par la grossesse ou par l'obésité jouent le principal rôle, les *anneaux naturels se trouvent distendus*. Leur faiblesse originelle s'accroît. Les hernies deviennent plus faciles. Ces mêmes conditions peuvent créer quelquefois 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*, tout ouvert, lisse et vide, dans lequel le viscère abdominal n'a qu'à glisser pour ainsi dire. Il s'agit là d'une disposition congénitale qui se réalise presque uniquement pour la hernie inguinale, par le fait de la persistance anormale du canal vagino-péritonéal.

Enfin de *véritables canaux accidentels* se formeraient quelquefois sous diverses influences parmi lesquelles la principale est certainement l'existence d'une sorte de lipome sous-péritonéal, qui à la façon d'une hernie traverse les parois abdominales, entraînant derrière lui un cul-de-sac du péritoine (Cloquet et autres).

A côté de cette disposition des parois les autres influences pathogéniques sont peu importantes. Le rôle du relâchement des attaches viscérales, ou de l'allongement pathologique du mésentère, invoqué par Rust, Richter et Morgagni ne peut être que soupçonné.

Étiologie. — La fréquence des hernies 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 2 ou 3 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 ou même avant, par le fait d'un arrêt de développement ou d'une faiblesse vraiment congénitale, il y a d'autres hernies 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 10 à 15 ans.

2° Les *hernies des adultes* se montrent ensuite de plus en plus nombreuses; à la faiblesse originelle de la paroi s'ajoute pour les produire des efforts souvent très intenses et qui peuvent être divisés en efforts physiologiques souvent professionnels et 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 par 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 sur 4 ou 5.

Nous avons signalé l'influence des grossesses, des tumeurs abdominales, de l'augmentation de la graisse abdominale, qui distendent les parois du ventre et diminuent leur résistance; l'amaigrissement surve-

nant 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 la proportion d'une sur trois ou quatre vieillards (Malgaigne).

Anatomie pathologique. — On doit considérer dans toute hernie : 1° son trajet à travers la paroi abdominale; 2° sa constitution propre.

1° 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. 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 ou mieux intérieur, l'autre externe ou extérieur. Ces deux orifices sont normaux dans le canal inguinal; 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.

Au lieu de suivre un trajet anatomique dans sa totalité (hernies obliques), les viscères peuvent traverser directement la paroi au niveau d'un des orifices (hernies directes).

Enfin il y a des hernies qui s'arrêtent à l'orifice interne *pointe de hernie*, d'autres qui restent dans le trajet, *hernie interstitielle*, d'autres enfin qui le franchissent en totalité.

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 sont surtout marquées dans les *hernies anciennes*; là les deux orifices tendent à se rapprocher, à ne plus faire qu'un; le trajet intermédiaire est réduit à néant, et le collet du sac est plus ou moins confondu dans le tissu cicatriciel qui enserre le pédicule de la hernie.

2° *Tumeur herniaire.* — Le volume des hernies, leur forme sur-

tout 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 extérieures.* — 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 graisseuse (*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. Pétit, de Richter, d'Arnault, Scarpa, Dupuytren, qui ont fixé définitivement les rapports et la constitution du sac herniaire.

Cette enveloppe peut manquer totalement; 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 de sac n'est souvent que partielle; c'est le cas de bon nombre de hernies du cæcum et de la vessie.

La forme et les dimensions du sac herniaire ont été déjà esquissées à propos de la tumeur herniaire; nous y retrouvons presque toujours une portion renflée, *corps du sac*, reliée à la cavité péritonéale par une portion rétrécie, *collet du sac* sur lequel doit se concentrer toute l'attention du chirurgien.

Le *collet de sac* est, avons-nous dit, souvent confondu par sa face externe avec les anneaux herniaires, et cette fusion inodulaire est surtout marquée dans les hernies les plus anciennes. — C'est elle 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, *stigmates* de J. Cloquet, *vestiges de 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 dartoïque qui n'existe pas.

Il n'est pas rare d'observer deux collets superposés correspondant

à deux orifices voisins ouverts sur un même trajet ou sur des trajets peu éloignés l'un de l'autre.

À 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 lobulentes 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 vrai 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 latéral et propéritonéal du sac normal, mais un diverticule important dans lequel se logent le plus 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 démontré 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, 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-épiplœïque*, ou *entéro-épiplœïcèle*; lorsque l'épiploon est seul, *hernie épiplœïque* ou *épiplœïcèle*. 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-épiplœïque ou épiplœïcèle.

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 épiplœïque* (Prescot Hawett). 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? La chose est bien probable.

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 comprise 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, épais, fibreux, renflé, adhérent.

Hernie 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 épiplœïques.

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 Mériqot de Treigny (*Thèse de Paris, 1887*), il existe un *sac herniaire*

complet; la hernie cœcale 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 cœcum. — 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 constitue 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 attraction 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, périméale et vaginale. — Verdier 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 les 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.

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.

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, et, en cas de hernies volumineuses, 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 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 et 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 de 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 du 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 par 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 que l'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 ombilicale ou sus-ombilicale, 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 colon.