

b. *Fistules par péritonite puerpérale.* — Le mécanisme de la perforation est ici tout différent; l'inflammation se communiquerait au tissu cellulaire sous-péritonéal et consécutivement au péritoine, elle occasionnerait l'apparition d'une collection purulente qui, après s'être ouverte, laisserait échapper du pus dans le péritoine. L'apparition de ces fistules est d'un pronostic bénin, dans toutes les observations de ce genre la guérison a eu lieu.

c. *Fistules par péritonite chronique.* — Le mode de développement de ces fistules a été bien étudié par VALLIN.

Cet auteur a montré qu'il s'établissait d'abord des adhérences entre l'épiploon, les anses intestinales et la paroi abdominale, puis les tubercules en se ramollissant perforent les intestins; ainsi se produisent de petits clapiers dans lesquels s'accumulent des matières fécales et du pus. A la longue, sous l'influence de ce contact une collection purulente prend naissance dans les parois abdominales; dès qu'elle est ouverte la fistule s'établit.

Les péritonites cancéreuses seraient susceptibles de déterminer des accidents analogues. La mort est la terminaison constante en pareille circonstance.

CHAPITRE III

HERNIES ABDOMINALES

Bibliographie. — FRANCO (Pierre), *Traité des hernies*, Lyon, 1561. — DE BLÉGNY, *L'art de guérir les hernies*, 1676-1688. — ARNAUD, GARENGEOT, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. 1^{er}, 1731. — RICHTER, traduct. franç. de Rougemont, Paris, 1799. — JUVILLE, *Traité des bandages herniaires*, 1786. — W. LAURENCE, *Traité des hernies*, Londres, 1816, trad. par A. BÉCLARD et CLOQUET, Paris, 1818. — SCARPA, *Traité pratique sur les hernies*, trad. franç., 1812 et 1823. — JALADE LAFONT, *Considérations sur les hernies*, 2 vol., Paris, 1822. — GERDY, *Remarques et observations sur les hernies*, in *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, 1836, t. X. — A. COOPER, *Hernies*, in *Œuvres chir.*, trad. CHASSAIGNAC et RICHELLOT, 1837. — VERDIER, *Traité pratique des hernies*, Paris, 1840. — SIMON, *Traité des hernies*, 1841. — MALGAIGNE, *Leçons sur les hernies*, 1841. — GUÉRIN, DEMAUX, *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1842. — TEALE, *Practical Treatise on Hernia*, 1846. — DANZELL, *Herniologische Studien*, 1854-1855. — DEBOUT, *Bull. de thérap.*, 1863. — KINGDON, *Mécan. et causes des hernies*, in *Med. Chir. Transact.*, 1864. — GOSSELIN, *Leçons sur les hernies abdominales*, 1865. — RICHTER (E.), *Zu Lehre von der Unterleibsbuchen*, Leipzig, 1869. — WERNHER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1872. — GAUJOT et SPILLMANN, *Arsenal de la chir. contemp.*, 1872. — LE DENTU, art. *HERNIES* du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1873. — FÉRÉ, *Hernies des nouveau-nés*, in *Revue mensuelle*, 1879. Thèses de Paris. — 1817, CLOQUET. — 1819, CLOQUET (Concours). — 1823, FERRAUD. — 1836, DULAC. — 1839, BOINET (Agrég.). — 1841, THIERRY (Concours). — 1846, GUIGNARD. — 1850, EIDRIGIEWITZ. — 1853, DANGLADE. — 1866, NICAISE. *Cure radicale des hernies.* — GERDY, *Journ. des conn. des sciences méd.*, 1834. —

BONNET, *Gaz. méd.*, 1837. — COSTE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1853. — GERDY, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, 1855. — SCHWALBE, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1877, et *Centralbl. f. Chir.*, 1878. — ALBERT, *Wien. Med. Presse*, 1878, p. 1118. — HOFMOKL, *Wien. Med. Press.*, 1877 et 1879. — ALY, *Deutsch. med. Wochens.*, 1880. — ANNANDALE, *Edinburgh. Med. Journ.*, décembre 1880. — ALBERTINI, *Gaz. des Hôp. de Milan*, 1881. — BRAUN, *Berl. klin. Wochens.*, 1881. — GUÉNOD, Th. de Bâle, 1881. — REVERDIN, *Revue de la Suisse romande*, 1881. — BARDELEBEN, GUSSENBAUER, *Onzième congrès de la Soc. allemande de chir.*, 1882. — RECLUS, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1882. — ZUCKER, Th. de Breslau, 1882. — BANKS, *Philad. Med. Times*, 1883. — BAUM, *Leisrink*, in Leipzig, 1883. Thèses de Paris. — 1839, BOINET (Agrég.). — 1850, JACOB. — 1883, SEGOND (Agrég., Bibliogr.).

Définition. — Le mot *hernie*, pris dans le sens le plus large de son acception, exprime l'issue d'un viscère, d'une membrane, d'une tumeur, etc., hors de la cavité dans laquelle ces diverses parties se trouvent normalement contenues.

On nommera donc *hernie abdominale* toute tumeur formée par la sortie de viscères hors de l'abdomen.

Divisions. — Les circonstances dans lesquelles apparaît la hernie, le siège qu'elle occupe, les organes qui y sont emprisonnés ont servi à établir trois classifications principales.

a. *Circonstances qui favorisent le développement de la hernie.* — « 1^o On appelle *congénitale* toute hernie se rattachant à un vice de l'évolution embryonnaire ou fœtale ou à une disposition native persistante à son apparition » (LE DENTU).

2^o Lorsque les viscères s'échappent de la cavité abdominale à travers une plaie récente ou en distendant la cicatrice d'une ancienne solution de continuité, la hernie est *traumatique*.

3^o Chaque fois que l'on ne peut invoquer une des causes précédentes, la hernie prend le nom de *spontanée*. GOSSELIN désigne cette dernière variété sous le nom de *hernie ordinaire*.

b. *Siège.* — On dénomme encore les hernies par un qualificatif anatomique qui rappelle le point de la paroi abdominale par lequel a eu lieu la sortie des viscères; quand ils ont traversé l'anneau inguinal, la hernie est dite *inguinale*, elle conserve ce nom tant que la tumeur reste limitée au trajet du canal; dès que les viscères arrivent dans le scrotum, la hernie devient *scrotale*. Ces deux variétés étaient connues des anciens sous les noms de *bubonocèle* et d'*oschocèle*.

La hernie qui se produit à l'anneau crural et se manifeste à la partie supéro-antérieure de la cuisse est appelée *hernie fémorale, crurale* ou *mérocèle*.

Si les viscères s'échappent par l'orifice ombilical, il existe une hernie *ombilicale*, encore nommée *exomphale* ou *omphalocèle*.

Ces trois variétés sont les plus communes.

Parmi les formes rares, signalons: les hernies *obturatrices, diaphragmatiques, épigastriques, lombaires, vaginales, périnéales*, etc.

c. *Contenu.* — Tous les viscères de l'abdomen ont été rencontrés dans les hernies, à l'exception du duodénum, du pancréas et des reins (NELATON).

Les noms d'*entérocele* et d'*épiplocèle*, équivalant à ceux de hernie intestinale, épiploïque, sont employés suivant que la tumeur renferme l'intestin ou l'épiploon seul. Lorsque ces deux parties se trouvent ensemble dans la même tumeur, elles forment une *entéro-épiplocèle*. Le déplacement de la vessie constitue la *cystocèle*; celui de l'estomac, la *gastrocèle*; celui de la rate, la *splénocèle*.

Tant que les viscères peuvent facilement rentrer dans la cavité abdominale, la hernie est *réductible*. Dès que pour un motif quelconque les viscères ne rentrent plus par des manœuvres simples, la hernie devient *irréductible*.

§ 1^{er}. — Hernies réductibles

Trajet de la hernie. — Les viscères, ainsi que nous venons de le voir, s'échappent toujours par un des points faibles de la cavité abdominale; la première résistance vaincue, ils se créent une sorte de canal en écartant les parois de l'abdomen et parcourent un trajet plus ou moins oblique. Selon que



Fig. 3. — Pointe de la hernie.

A, coupe des parois abdominales présentant un orifice dans lequel s'engage le péritoine P, une anse intestinale, IN, le suit. (Figure schématique.)

les viscères sont arrivés à l'extérieur ou qu'ils sont encore retenus entre les diverses couches de la paroi, la hernie est *complète* ou *incomplète*. Cette dernière présente deux sous-variétés. En effet les viscères peuvent rester au voisinage de l'orifice par lequel ils se sont engagés, ou bien ils s'en éloignent



Fig. 4. — Hernie interstitielle.

A, coupe des parois de l'abdomen dans lequel s'engorge le péritoine P, l'intestin a été supprimé pour simplifier la figure.

graduellement. Dans le premier cas il y a *pointe de hernie* (fig. 3). (MALGAIGNE), dans le second la hernie est dite *interstitielle* ou *intra-pariétale* (fig. 4).

Pour se rendre un compte exact de la manière dont les viscères herniés traversent la paroi abdominale, il faut prendre une hernie complète (inguino-scrotale par exemple) et la disséquer; on voit alors que les viscères ont écarté

les plans dont l'ensemble compose la paroi de l'abdomen, mais il n'existe nulle part de canal proprement dit. Pour faciliter la description, le trajet de la hernie a été comparé à un canal réel avec un trajet T (fig. 5); et poussant jusqu'au bout la comparaison, les chirurgiens décrivent à ce canal un orifice supérieur interne ou péritonéal (A) et un orifice externe inférieur ou superficiel (E); toutefois, nous le répétons, ce canal est absolument virtuel, il ne devient réel que si par la dissection on enlève les organes qu'il contient.

Indépendamment des parties constituantes de la hernie, on rencontre dans

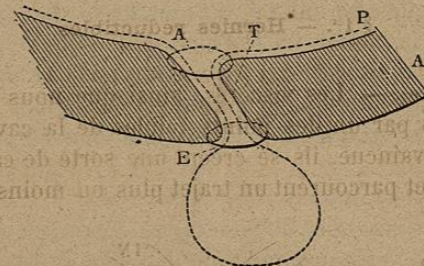


Fig. 5. — Hernie complète.

P, péritoine engagé entre les couches de l'abdomen, et allant former au dehors une cavité globuleuse, sac, — T, trajet de la hernie entre les parois abdominales (canal), — A, orifice supérieur du canal, — E, orifice inférieur ou externe.

ce trajet une notable quantité de tissu cellulaire. Or, comme le fait remarquer GOSSELIN, ce tissu au niveau des orifices a une tendance marquée à se transformer en tissu fibreux; de virtuel l'orifice devient ainsi réel, il existe des anneaux fibreux et résistants (anneau interne, anneau externe) qui à un moment donné pourront devenir une cause d'étranglement.

Les hernies qui s'insinuent à travers les plans musculaires dont l'ensemble

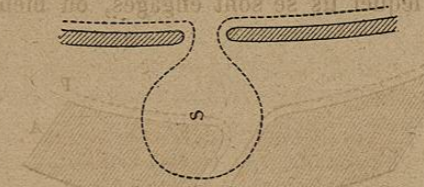


Fig. 6. — Hernie directe.

enveloppe l'abdomen sont dites: *hernies obliques* (fig. 4 et 5). En certains points, sur la ligne blanche par exemple, les viscères traversant perpendiculairement la paroi abdominale dont l'épaisseur est très faible, le trajet de la hernie n'existe pas, il se réduit à un simple orifice aponévrotique. Semblables hernies, par opposition aux précédentes, sont appelées: *hernies directes* (fig. 6).

Constitution de la hernie. — La description d'une hernie comprend: l'étude des parties qui enveloppent les viscères, puis l'examen de ces organes eux-mêmes.

Les enveloppes de la hernie sont constituées de dehors en dedans par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et différents plans musculaires ou aponévrotiques; l'ensemble de ces couches forme les *enveloppes externes de la hernie*. Au-dessous de ces plans on arrive sur une membrane résistante en forme de poche, assez lâchement unie aux couches superficielles et directement en rapport avec les viscères. Cette dernière enveloppe est appelée : *sac de la hernie*.

1° *Enveloppes externes*. — Les couches que l'on rencontre avant d'arriver sur le sac herniaire varient suivant le siège de la tumeur; les auteurs ont beaucoup discuté pour établir le nombre exact de ces plans dans les différentes régions. Leurs recherches ont prouvé que les notions tirées de l'anatomie normale ne pouvaient en rien s'appliquer ici à l'anatomie pathologique; en effet, sous l'influence de la pression exercée par les viscères ou le bandage, sous l'influence du travail inflammatoire, lorsque la hernie est étranglée, les tissus subissent des modifications telles qu'il n'est plus possible d'en reconnaître la superposition.

Ces tissus, quelquefois amincis, sont dans d'autres circonstances œdémateux, ou bien on trouve des amas considérables de graisse accumulés entre les divers plans. Dans la couche profonde immédiatement en contact avec le sac, les amas graisseux affectent parfois une forme lobulée et revêtent tous les caractères du lipome (*lipome herniaire*).

Il n'est pas absolument rare de rencontrer entre ces plans des kystes accidentels contenant du sang ou de la sérosité. La présence de ces cavités séreuses, si l'on n'était prévenu, deviendrait facilement une source d'erreurs, car, après les avoir ouvertes, le chirurgien pourrait très bien penser qu'il est arrivé dans le sac et faire la réduction en masse de la hernie. L'origine de ces kystes varie; indépendamment des kystes du cordon et de ceux qui peuvent se former dans les cavités herniaires déshabitées, il en est dont le développement se produit d'une façon accidentelle. BÉRARD attribuait leur formation aux manœuvres du taxis; d'après BROCA, la pression exercée par le bandage serait suffisante pour expliquer la présence de bourses séreuses dans les couches sous-cutanées.

2° *Sac herniaire*. — Le sac de la hernie est constitué par le péritoine pariétal que les viscères, en se déplaçant, ont refoulé et chassé devant eux. La cavité de la hernie se montre donc continue avec celle de l'abdomen et tapissée par un prolongement de sa membrane séreuse. Il est très facile de se rendre compte de ces faits par une dissection attentive. La cavité herniaire communique avec la cavité péritonéale par un orifice ordinairement arrondi nommé *orifice du sac*. Le péritoine déprimé affecte d'abord la forme d'un entonnoir (fig. 11), d'un doigt de gant (fig. 13), enfin d'une bouteille ou d'une amphore à goulot allongé (fig. 10). Lorsque la hernie est encore à l'état de pointe, le sac, dit GOSSELIN, présente simplement un fond et un large orifice; plus tard, lorsque la hernie devient complète (fig. 7), le fond du sac arrivant au milieu de tissus qui offrent moins de résistance, se dilate, s'arrondit et prend une forme globuleuse. Dans ce sac parvenu à son développement total, on distingue le collet, le corps et le fond (fig. 7). Le collet du sac est la portion rétrécie comprise entre les anneaux internes et externes, il se trouve logé au milieu des plans aponévrotiques

de la paroi. On nomme *corps de la hernie* cette partie globuleuse qui s'étale sous les téguments. Enfin la partie la plus éloignée de cette cavité constitue le *fond du sac* (fig. 7).

Formation du sac. — Le sac herniaire se développe par deux mécanismes bien différents : *glissement et distension*. Dans les points où le péritoine est doublé d'une couche de tissu cellulaire lâche (*fascia propria*), disposition que

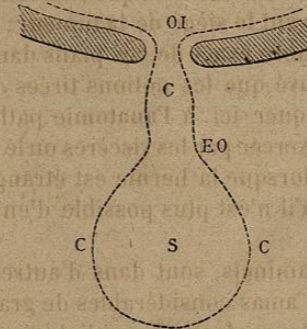


Fig. 7. — Sac herniaire complet.

OI, orifice supérieur du sac, — EO, orifice inférieur ou externe situé au niveau de l'anneau externe. — C, collet du sac, — CSC, cavité du sac.

l'on observe en particulier au niveau de l'orifice inguinal interne et de l'anneau crural, les viscères refoulés forcent cette membrane à s'engager dans ces canaux sur l'orifice et dans le trajet desquels elle glisse facilement : *formation par glissement*.

Au contraire, si le péritoine est adhérent aux plans sous-jacents au niveau de l'orifice de sortie (anneau ombilical), l'impulsion des viscères ne saurait le détacher ni le faire glisser, mais la membrane se laissera déprimer, distendre, le *sac se formera par distension*.

Le premier de ces mécanismes serait, d'après DEMAUX, beaucoup plus fréquent que le second; toutefois il est probable, ainsi que le fait observer CLOQUET, que ces deux processus s'associent jusqu'à un certain point dans la majeure partie des hernies.

Étude anatomique des diverses parties du sac. — Cette étude a été bien présentée par J. CLOQUET, aux magistrales descriptions duquel les auteurs ont peu ajouté.

1° *Orifice supérieur du sac*. — L'orifice qui fait communiquer le sac avec la cavité péritonéale affecte généralement une forme arrondie, cependant il peut être triangulaire, oblong, etc. Ses dimensions sont fort variables, tantôt il laisse passer avec difficulté l'extrémité du petit doigt, tantôt il devient susceptible de recevoir le poing.

L'aspect de cet orifice est très différent suivant les circonstances. Le degré de développement de la hernie, le temps qui s'est écoulé depuis sa formation jouent ici un rôle capital. Lorsque la hernie est incomplètement développée ou récente, l'orifice interne du col, lisse, présente à peine quelques plis rayonnés

convergeant vers le pourtour de l'ouverture (fig. 8); au contraire lorsque la hernie est ancienne, à orifice étroit, le péritoine présente en ce point des plis,

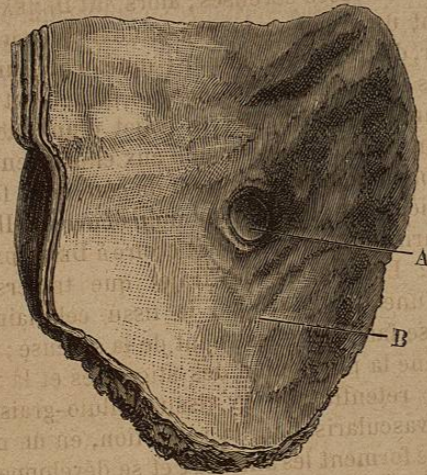


Fig. 8. — Orifice péritonéal d'une hernie de formation récente.

A, orifice, — B, plis à peine accusés autour de l'orifice. (D'après DEMAUX.)

des rides, il est froncé à la manière d'une bourse (fig. 9). Ces plis constituent parfois de petites crêtes saillantes et rudes auxquelles J. CLOQUET a donné le nom de *stigmates*.

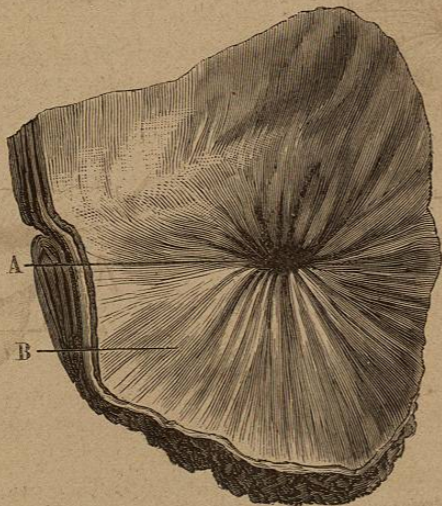


Fig. 9. — Orifice péritonéal d'une hernie de formation ancienne.

A, orifice du sac entouré de plis, — B, plis radiés, stigmates. (D'après DEMAUX.)

2° *Collet*. — Au début le collet du sac existe seulement à cause des anneaux qui l'enserrent, il s'organise peu à peu, les divers plis que nous venons de

signaler à l'orifice se prolongent dans son intérieur sous forme de colonnes. A une époque avancée, ces plis contractent entre eux des adhérences par le contact prolongé des surfaces séreuses; alors, dit DEMAUX, le collet existe par lui-même, il devient un organe nouveau annexé au péritoine et n'a plus besoin, pour persister, d'être maintenu par l'anneau qui lui a servi de moule. La vérité des assertions de DEMAUX se démontre facilement; si, en effet, on vient à sectionner les anneaux, à débrider le trajet d'un sac ancien, celui-ci ne revient pas sur lui-même, il résiste même aux efforts tentés pour le dilater.

Pendant que ces phénomènes se passent du côté de la face interne du sac, la face externe est le siège d'un travail non moins curieux. Il existe d'habitude en ce point une vascularisation qui avait fait croire à DEMAUX qu'il se développait un tissu dartoïque. Les parois du trajet que traverse le péritoine sont d'abord séparées l'une de l'autre par le tissu cellulaire du fascia propria, grâce auquel a pu se faire le glissement de la séreuse; mais l'inflammation lente qui a occasionné la production des stigmates et la vascularisation de la face externe du sac retentit sur ce tissu cellulo-graisseux, en détermine l'épaississement, la vascularisation, la rétraction, en un mot le transforme en tissu fibreux; ainsi se forment les anneaux et se développent entre ces diverses couches des adhérences solides et résistantes.

D'après GOSSELIN, la pression du bandage jouerait en cette circonstance un rôle considérable. DUPLAY estime qu'il faut joindre à cette cause, « l'influence

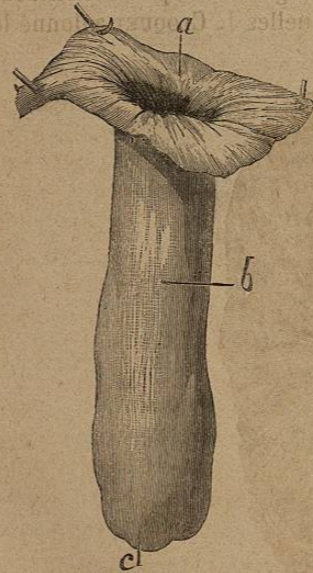


Fig. 10. — Sac cylindroïde.

a, orifice du sac, — b, corps, — c, fond.

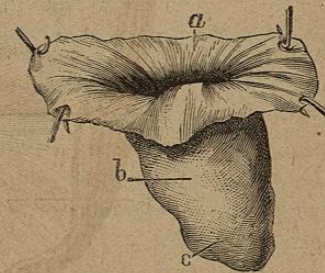


Fig. 11. — Sac conoïde.

a, orifice du sac, — b, corps, — c, fond.

si manifeste que le déplacement pathologique d'un organe exerce sur la transformation du tissu celluleux en tissu fibreux ».

3° *Corps et fond du sac*. — Nous avons déjà vu que la face externe du sac

était séparée des enveloppes de la hernie par une couche de tissu cellulaire lâche. La face interne lisse présente absolument l'aspect ordinaire du péritoine. Le corps et le fond du sac ne subissent pas en général d'altérations bien sensibles, quelquefois on rencontre des sacs très épais, d'autres sont tellement atrophiés qu'ils se confondent avec les enveloppes externes.

Formes diverses des hernies relativement à la disposition anatomique des enveloppes. — J. CLOQUET a établi relativement à la forme des hernies un



Fig. 12. — Sac globuleux.
a, orifice, — b, corps, — c, fond.
(D'après CLOQUET.)

Fig. 13. — Sac pyriforme.
a, orifice, — b, corps, — c, fond.
(D'après CLOQUET.)

certain nombre de types qu'il nomme primitifs ou réguliers, ce sont : les sacs cylindroïde (fig. 10), conoïde (fig. 11), sphéroïdal ou globuleux (fig. 12), pyriforme (fig. 13); à côté de ces formes primitives, il existe des variétés nombreuses.

a. *Sac à collets multiples ou en chapelets.* — Supposons une hernie déjà ancienne avec sac cylindroïde dont le collet est peu adhérent à l'anneau ; sous l'influence d'un effort, sac et collet peuvent très bien être repoussés en masse, il se produit au-dessus une nouvelle poche qui communique avec l'ancienne par le collet primitif. Les sacs à plusieurs collets doivent donc être considérés comme des sacs distincts qui se développent à différentes époques en descendant à la suite les uns des autres (CLOQUET). Ils arrivent ainsi à constituer une sorte de chapelet (fig. 14). Cette variété est encore susceptible de se former par un autre mécanisme. Si le sac herniaire traverse un canal allongé muni

de deux anneaux, disposition commune dans la hernie inguinale, la partie contenue dans le trajet entre les deux anneaux pourra se dilater, tandis qu'au

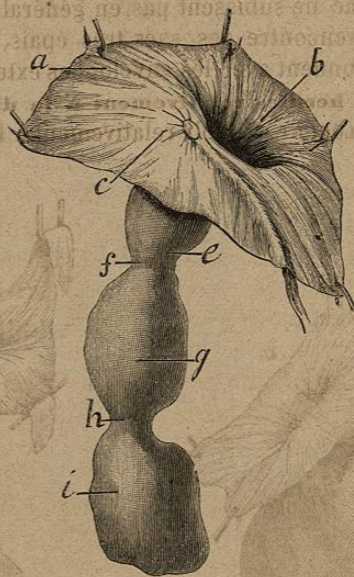


Fig. 14. — Hernie à sacs superposés (d'après Cloquet).
a, portion du péritoine étalée, — b, ouverture du sac, — c, Stigmata irréguliers placés à la partie supérieure du sac, — e, cavité supérieure, — f, étranglement qui sépare la cavité supérieure de la moyenne, — g, cavité moyenne, — h, étranglement entre la cavité moyenne et l'inférieure, — i, cavité inférieure.

niveau de chaque anneau le péritoine subira un étranglement. A cette variété se rattache encore une forme assez rare, décrite par J. CLOQUET sous le nom

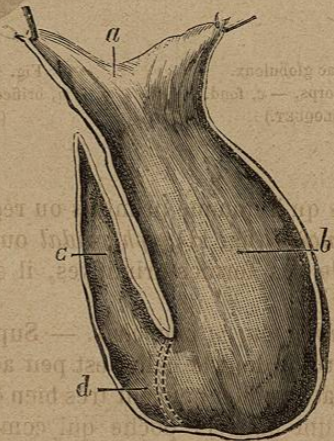


Fig. 15. — Sac à appendice renversé (d'après Cloquet).
a, orifice supérieur, — b, corps du sac, — c et a, appendice renversé.

de hernie avec sac à appendice renversé (fig. 15). Cet appendice représente les vestiges d'un ancien sac herniaire dont le fond a contracté d'intimes adhé-