

occlusions aiguës. Pour les formes chroniques, c'est bien différent. En général le diagnostic est plus aisé à cause des manifestations anciennes de la gêne de la circulation fécale, à cause des signes physiques que la palpation décèle dans le ventre en cas de tumeur comprimant l'intestin ou de cancer de cet organe.

Alors, c'est l'anus artificiel qui est de mise d'après la majorité des chirurgiens. Ce n'est que lorsque le malade est en dehors d'une crise d'obstruction intestinale qu'on peut discuter l'opportunité d'une résection intestinale suivie d'entérorrhaphie. Pour ma part, dans ces cas-là, je préfère l'anastomose intestinale simple à la résection. Absolument comme pour le cancer de l'estomac, je pense que les conditions qui se prêtent à une résection utile d'un cancer de l'intestin se rencontrent rarement, et si on laisse des ganglions dégénérés, etc., l'opération n'a plus rien de radical que le nom. C'est un trompe-l'œil; le cancer est enlevé, mais le cancéreux demeure cancéreux. Aussi, pour la majorité des faits, c'est à l'anastomose simple d'une anse prise en amont du cancer avec une anse située en aval, que je donne la préférence. De même, pourvu que le néoplasme siège au-dessus de l'S iliaque, ce n'est pas à l'anus iliaque que je me rends, c'est à l'anastomose d'une anse grêle à l'S iliaque. Cette anastomose rétablit le cours des matières sans laisser au patient cette infirmité grave et lamentable de l'anus iliaque.

« Mais à côté des cas d'occlusion chronique à marche chronique, subissant accidentellement une poussée aiguë à la suite de phénomènes qui ne laissent aucun doute sur la chronicité de l'affection causale, il est des cas d'occlusion due à des tumeurs, à des rétrécissements néoplasiques qui restent latents jusqu'au jour où ils se révèlent par des accidents aigus. » (Peyrot)

Eh bien, dans cette éventualité, c'est-à-dire si la cause chronique est restée absolument latente, la prescription de la laparotomie est si formelle pour les occlusions aiguës que c'est à cette exploration qu'on devra donner la préférence.

## HERNIES <sup>(1)</sup>

PAR

M. JABOULAY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les hernies sont des tumeurs que forment les viscères contenus dans l'abdomen et le bassin, en s'échappant à travers les parois abdominales et pelviennes.

Il en est de communes : ce sont celles qui se font au niveau de l'abdomen ; il en est de rares, qui ont principalement pour siège le bassin, mais qui cependant existent dans quelques points de l'abdomen.

Parmi elles, plusieurs profitent d'une disposition anatomique existant au moment de la naissance, et se prolongeant ultérieurement, pour se produire ; on les appelle *congénitales* ; d'autres créent elles-mêmes un chemin dans des conduits plus spécialement affaiblis : ce sont les hernies *acquises*. Parfois un traumatisme, une plaie est venue faire une ouverture pour des hernies, qui s'appellent alors des *éventrations* ou des hernies *traumatiques*.

Nous étudierons d'abord les phénomènes généraux propres à

(1) LE DENTU, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, publié sous la direct. de Jaccoud. Paris, 1873, t. XVII, art. HERNIES. Indications bibliographiques. — SCHMIDT (Benno), *Die Unterleibsbrüche (Handbuch der allg. und spec. Chir. von Pitha und Billroth Erlangen, 1878, Bd III, 2<sup>e</sup> Abtheil. Heft 3, p. 1 à 336)*. — HECKEL, *Compendium der Unterleibshernien*. Stuttgart, 1880. — LINHART (W.), *Vorlesungen über Unterleibshernien*. Würzburg, 1882. — *Encycl. intern. de chir.*, publié sous la direction de Ashurst. Paris, 1886, t. VI, art. HERNIES, par L. PICQUÉ. — WOOD (John), *Lectures on Hernia and its radical cure*. London, 1886. — BOURSIER, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1888, 4<sup>e</sup> série, t. XIII. — LOCKWOOD (C.-B.), *The morbid Anatomy, Pathology and Treatment of Hernia (British med. Journ. London, 1889, vol. I, p. 1336, 1398, 1459)*. — GRASER (E.), *Unterleibsbrüche*. Wiesbaden, 1891. — MARCY (H.-O.), *The Anatomy and surgical Treatment of Hernia*. New York, 1892. — BENNETT (W. H.), *Clinical Lectures on abdominal Hernia*. London, 1893. — BERGER (Paul), *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus. Paris, 1892, t. VI, art. HERNIES; 2<sup>e</sup> édit., 1898, t. VI. — Résultats de l'examen de dix mille hernies. Paris, 1896. — MACREADY (J.-F. C.-H.), *A Treatise on Ruptures*. London, 1893. — SCHMIDT (G.-B.), *Die Unterleibsbrüche (Deutsche Chirurgie. Stuttgart. Lief. XLVII, 1896)*. — MAYDL, *Die Lehre von den Unterleibsbrüchen*. Wien, 1898.



toutes les hernies, leur constitution, leurs symptômes, la façon de les traiter, et les accidents variés, quelques-uns redoutables, qu'elles peuvent provoquer : ce sera l'objet de la première partie.

Dans la deuxième partie, nous décrirons les hernies *communes*, ce sont celles qui siègent à la *région inguinale*, à la *région crurale*, à la *région ombilicale*.

La troisième partie sera consacrée aux hernies *rares*, qui comprennent celles qui se font à travers le *diaphragme*, les *lombes*, la *ligne blanche* et son voisinage, la *région obturatrice*, le *périnée*, la *région ischiatique*, ou qui comprennent des viscères qu'il n'est pas habituel de trouver dans leurs enveloppes, comme les *organes génitaux internes de la femme*, et la *vessie*.

## I

## HERNIES EN GÉNÉRAL

## I. — LA HERNIE.

Pour bien connaître une hernie, il faut en faire la dissection.

**Anatomie pathologique.** — Nous avons donc à étudier le trajet que la hernie se creuse à travers l'abdomen pour s'échapper au dehors, et la façon dont elle est constituée.

*a. TRAJET.* — Celui-ci est tantôt un orifice, un anneau, tantôt un véritable canal : ainsi la hernie peut se faire à travers un des trous de la ligne blanche, ou bien au contraire au niveau d'un espace virtuel, comme le canal inguinal, le canal crural, et comprendre un véritable trajet avec deux orifices placés l'un profondément du côté du péritoine, l'autre à la surface, sous la peau. Relativement à la façon dont elle traverse la paroi du ventre, la hernie est oblique ou bien perpendiculaire à elle ; dans ce dernier cas, elle est dite directe. Le pédicule de la hernie est le point rétréci par lequel elle franchit l'abdomen. Mais une hernie n'a pas toujours parcouru toutes les étapes de son développement : elle commence par refouler et déprimer la paroi, c'est la pointe de hernie ; elle occupe son épaisseur, c'est la hernie interstitielle ; arrive-t-elle à l'extérieur, c'est la hernie complète.

Avec le temps, les parois du trajet et ses deux orifices arrivent à subir certaines transformations ; les parois s'atrophient, les orifices s'élargissent, si bien que l'anneau superficiel et l'anneau profond arrivent peu à peu à se superposer, à se rapprocher, et finalement à se confondre. C'est ce que l'on voit, par exemple, pour la hernie crurale complète, et pour la hernie inguinale.

*b. CONSTITUTION DE LA HERNIE.* — Une hernie ordinaire est formée par une membrane enveloppante qui contient dans sa cavité des viscères. En dehors de son enveloppe propre, se trouvent des plans anatomiques et la peau. Les couches celluleuses et aponévrotiques ont perdu leurs caractères normaux, et sont tassées et refoulées. Quelquefois elles adhèrent à l'enveloppe de la hernie, au sac, comme on l'appelle ; elles peuvent d'ailleurs manquer et avoir disparu : il faut se rappeler cette évolution lorsqu'on opère soit pour une cure radicale, soit pour un accident venant de la hernie. La graisse ambiante est quelquefois rassemblée en pelotons, et forme ainsi de véritables lipomes. On a attribué à ceux-ci un rôle d'attraction du côté du sac qu'ils feraient passer à l'extérieur à leur suite. On trouve aussi, dans les enveloppes extérieures de la hernie, des bourses séreuses, des hygromas résultant du frottement, des kystes formés tout autour, souvent par cloisonnement de l'enveloppe propre, sans compter encore des kystes du cordon dans la hernie inguinale. Nous ne parlerons pas des différentes maladies qui peuvent atteindre la peau prise entre la pression par le bandage et celle de la hernie, et qui s'épaissit, s'irrite, noircit, sécrète et s'ulcère parfois. Nous avons hâte d'arriver à la description de la véritable enveloppe herniaire, de ce que nous avons déjà appelé le sac.

Le *sac*, ou enveloppe propre de la hernie, est constitué par la portion du péritoine voisine du trajet de la hernie qui a glissé au dehors : c'est par la locomotion du péritoine qu'il s'est constitué, du moins dans les hernies acquises, car dans les hernies congénitales ce péritoine avait déjà glissé au dehors au moment de la naissance ; il était né pour ainsi dire à l'extérieur et formait une poche annexée, suspendue et continue à la grande poche péritonéale. C'est qu'en effet, ce sac, qu'il soit congénital ou acquis, a pour caractère de se continuer toujours avec le vrai péritoine, dont il n'est qu'une partie : cela est si vrai qu'en tirant sur ce sac et en le décollant, on tire en même temps le péritoine.

Ce sac peut avoir une forme *ronde, cylindrique, conique, pyriforme, etc.* (fig. 46 à 49). On lui distingue un corps, un fond, qui est la partie terminale renflée, un collet qui est la partie rétrécie et profonde par laquelle il se continue avec le péritoine. Dans les hernies anciennes, il en est bien ainsi, et l'on a beau séparer le péritoine des parois, cette première portion du sac herniaire reste parfaitement et définitivement rétrécie. Sur les hernies récentes, au contraire, on voit le collet disparaître après l'incision des parois, et les plis qui se formaient à son niveau s'étaler et élargir ainsi cette portion temporairement rétrécie.

Le sac est entouré d'une enveloppe celluleuse, plus ou moins épaisse et vasculaire, que l'on appelle la couche externe ou fibreuse du sac. Le véritable sac, qui est en dedans, n'est composé que d'une



couche séreuse. Parfois d'ailleurs ces deux couches se confondent et se soudent. La surface interne du sac séreux est, dans les hernies récentes, de la couleur du péritoine, c'est-à-dire blanc rosé ; elle est lisse et régulière ; mais, sous l'influence d'un long contact avec l'intestin ou les autres organes de l'abdomen qu'il peut contenir, ce sac

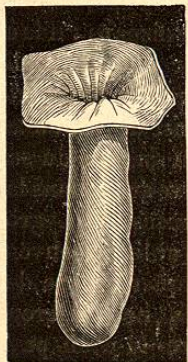


Fig. 46. — Sacherniaire cylindrique.



Fig. 47. — Sac herniaire conique.

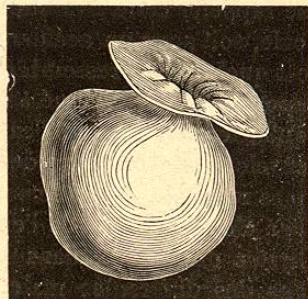


Fig. 48. — Sac herniaire rond ou sphéroïdal.

peut devenir irrégulier, épais, et produire de l'inflammation progressive qui aboutit à des adhérences du contenant et du contenu, celui-ci étant le plus souvent dans ce cas de l'épiploon ; en même temps, sa

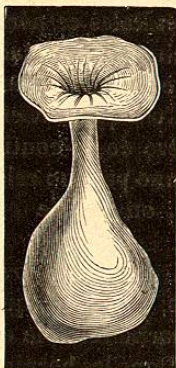


Fig. 49. — Sac herniaire conoïde renversé ou pyriforme.

couleur a changé, il est devenu gris, ou noir, et infiltré de sang. Cette cause inflammatoire peut enfin aboutir à l'organisation de véritables plaques fibro-calcaires, qui, sur le sac, étalé ressemblent à des feuilles de nénuphars sur un étang. En même temps, des modifications analogues s'opèrent au niveau du collet qui, d'extensible, souple, déplissable, comme il l'était au début, devient rigide, fibreux, inextensible, adhérent ; cette péritonite véritable a effacé les plis qu'il présentait, les a soudés et réunis et a même transmis, autour de lui, une phlogose qui a induré aussi l'anneau, ou plutôt le tissu cellulaire entre lui et le collet.

VARIÉTÉS ANATOMIQUES DU SAC. — 1° Le sac peut manquer : c'est ce que l'on voit par exemple dans les hernies traumatiques, les éventrations où le contenu abdominal est alors l'intestin, une fois la cicatrisation faite, immédiatement sous la peau, à laquelle il peut adhérer ; cette disposition exige une technique opératoire spéciale ; il en est de même pour certaines hernies ombilicales congénitales, qui existent précisément quand le péritoine et la paroi abdominale ne se sont pas fermés à leur niveau et sont restés en retard dans leur évolution.

On peut encore voir, dans d'autres circonstances, le sac faire défaut. C'est, par exemple, dans certaines hernies de la vessie. Cet organe, on le sait, n'a qu'une portion de sa surface qui est recouverte par le péritoine et séreuse. Or la portion non séreuse peut glisser parfois à travers le canal inguinal ou même le canal crural ; elle donne alors lieu à une variété de hernies vésicales que nous avons appelée, dans le dernier chapitre de cet article, *extrapéritonéale* ; mais le plus souvent, la vessie se hernie en entraînant à côté d'elle et en dehors, sur sa face externe, le péritoine qui forme, par rapport à elle, un sac latéral pouvant contenir les éléments d'une hernie ordinaire ; la cystocèle (c'est-à-dire la hernie de la vessie) ainsi accompagnée peut s'appeler *parapéritonéale* ; mais il ne faut pas croire que la cystocèle ne puisse offrir un sac, car une coiffe péritonéale véritable peut entourer la totalité de cet organe dans certaines de ces issues à l'extérieur : c'est lorsque la vessie bascule avant de verser dans l'intérieur de la grande séreuse et s'en recouvre complètement, donnant ainsi la cystocèle intra-péritonéale.

2° Ce sac peut être très petit, étroit et ne rien contenir. Cela se voit surtout à la région crurale ; d'habitude, ces sacs sont entourés d'une forte couche de graisse, qui forme à elle seule les trois quarts de la masse herniaire. Ce sont des hernies graisseuses ou de véritables lipomes herniaires, que l'on enlève comme une tumeur, d'un bloc, sans se préoccuper de ce qui peut rester à l'intérieur.

On ne sait pas encore le mécanisme exact de ces diverticules péritonéaux lipomateux. Sont-ils dus à une péritonite intra-utérine qui a laissé une partie du péritoine cloisonnée ou resserrée (Englisch) ? Sont-ce des diverticules congénitaux, des malformations péritonéales comme il en existe si souvent autour de la région de l'aîne (Rokitansky) ? Sont-ce tout simplement des amas graisseux sous-péritonéaux qui, en passant au dehors du ventre, entraîneraient avec eux la portion voisine et adhérente de la grande séreuse (Velpeau, Terrier) ? Faut-il voir simplement une ancienne hernie qui s'est guérie par la transformation adipeuse de ses parois (A. Paré) ? C'est la troisième hypothèse à laquelle nous nous rallierons, parce qu'il est d'observation que ces hernies apparaissent brusquement, à la suite d'un effort, et que, opérées immédiatement, je veux dire quelques jours après leur apparition, elles sont déjà constituées suivant leur description classique, c'est-à-dire d'un petit sac déshabité et resserré, entouré d'une forte couche de graisse.

3° Le sac peut s'oblitérer à son collet. Nous avons déjà décrit les transformations que le péritoine subit à ce niveau et qui aboutissent à la disparition et à la soudure des plis qu'il a formés en s'engageant au dehors, à la rétraction définitive de cet orifice. Si les phénomènes de resserrement continuent, la péritonite adhésive arrive à le fermer complètement en y laissant des cicatrices inflammatoires, des



*stigmates*; et alors, deux ordres de phénomènes principaux se produisent à partir de ce point. Ou bien le travail cicatriciel s'étendra et descendra dans la profondeur du sac. Celui-ci alors disparaîtra, comme aura disparu son collet; la hernie n'existera plus, elle aura guéri; on aura assisté à sa disparition spontanée. Celle-ci n'est d'ailleurs pas rare; beaucoup de hernies congénitales, inguinales ou ombilicales, disparaissent avec la croissance, aidées probablement par la pression du bandage. Et c'est un processus de guérison qu'il faut bien connaître, pour ne pas conseiller et pratiquer la cure radicale de la hernie congénitale, chaque fois qu'elle se rencontre. Ou bien l'oblitération restera confinée au collet; alors le reste du sac sécrètera sa sérosité ordinaire, qui est analogue à la sérosité péritonéale, et ce liquide, s'accumulant dans une cavité close, formera un kyste, le kyste sacculaire. Cette accumulation de sérosité peut d'ailleurs exister même quand l'oblitération du collet n'est pas complète; il suffit que cet orifice soit très rétréci. La réductibilité peut alors être très lente et difficile; cette variété s'appelle *pseudo-kyste sacculaire*; on la voit coexister souvent avec une hernie de l'épiploon qui a contracté des adhérences avec la plus grande partie du collet et du sac, et sur lequel se sont passés les mêmes phénomènes d'inflammation que nous avons décrits pour le seul prolongement péritonéal. Quelquefois enfin, un kyste sacculaire s'étant formé, la pression abdominale peut faire hernier une nouvelle portion du péritoine, voisine de l'ancien collet; un nouveau sac se forme qui porte à son fond le kyste herniaire ancien (fig. 50). Celui-ci peut se renverser sous l'influence de la descente de la hernie qui abaisse son collet oblitéré et de la résistance des tissus, ambiants qui maintient son extrémité libre; on assiste alors à une *hernie* ou à un *sac avec appendice renversé*, nom donné par J. Cloquet à cette dualité de hernies, l'une récente, l'autre ancienne et oblitérée.

Ces phénomènes d'oblitération du côté du collet peuvent faire comprendre que, s'ils sont incomplets, ils peuvent le diviser en deux parties étroites par où l'intestin peut s'engager et être serré, par exemple lorsque l'épiploon adhère à un point de l'orifice, par exemple encore lorsqu'un cordon fibreux résultant de l'inflammation réunit deux parties opposées.

4° Ce sac peut être bosselé et bilobé; il suffit que des bosselures existent à sa surface, soit du fait de sa conformation, soit du fait de la résistance des tissus ambiants, pour que certains points se dilatent plus que d'autres et fassent des diverticules; nous verrons beaucoup de subdivisions herniaires recevoir des noms spéciaux de ce seul fait à la région inguinale et à la région crurale.

5° On a vu aussi deux sacs véritables exister à côté l'un de l'autre; tantôt ces sacs étaient d'origine congénitale et avaient même date d'apparition; l'un d'eux existait sous le péritoine et les parois abdo-

minales, l'autre était descendu et sorti à l'extérieur, mais tous deux communiquaient librement; on a alors affaire à la hernie propéritonéale, dont nous décrirons des exemples surtout à propos de la hernie inguinale.

D'autres fois, les deux sacs sont accolés dans une même hernie, inguinale par exemple, et nous avons rencontré un exemple de cette variété, toujours congénitale, où l'un des sacs était fermé et transformé en kyste sacculaire et où l'autre contenait l'intestin; il sera décrit à propos de la hernie inguinale.

Enfin on a vu (Bourguet, Berger) un sac congénital coexister avec un sac de hernie acquise, l'un étant indépendant de l'autre au point de vue de l'époque de la formation.

6° Souvent, principalement dans la hernie inguinale d'origine congénitale, on observe, au lieu d'un seul collet, plusieurs points rétrécis sur le même sac.

Deux collets sont habituels en pareil cas, l'un en face de l'orifice externe du canal inguinal, un autre en face de l'orifice profond; mais quelquefois d'autres rétrécissements se font encore comme s'il y avait des phénomènes

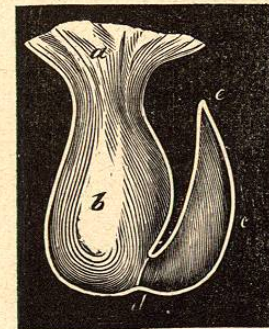


Fig. 50. — Sac sur une paroi latérale d'un autre sac. Le premier ou le grand sac *abd* communique avec le petit *de* par sa paroi interne où l'on voit un petit stylet *d'*, qui va de l'un à l'autre. Les deux sacs renferment de l'épiploon; au-dessous du petit est le testicule, mis à nu en ouvrant la tunique vaginale.

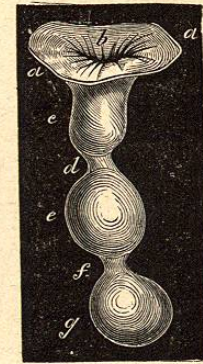


Fig. 51. — Hernie en chapelet, c'est-à-dire pourvue de collets multiples superposés. — *aa*, le péritoine, formant en *b* ses plis bien distincts; *fdceg*, parties intermédiaires aux collets.

de péritonite localisée en certains points ou plutôt comme si de nouvelles poussées abdominales faisaient descendre de nouvelles portions de péritoine qui se resserreraient vers l'orifice profond. On a alors un sac avec collets multiples, ou la *hernie en chapelet* (fig. 51). D'ailleurs, on peut voir un ou deux de ces collets s'oblitérer ou au moins se rétrécir encore par le mécanisme indiqué plus haut.

Si l'on suppose l'invagination d'une portion de ce sac, de la portion la plus rapprochée du ventre, comprise entre deux collets, dans la portion inférieure ou éloignée, on aura une hernie à *double sac*, dont la hernie enkystée de la tunique vaginale est un bel exemple, ainsi que nous le démontrerons plus tard.

CONTENU DE LA HERNIE. — Le contenu habituel d'une hernie est l'intestin grêle ou l'épiploon, ou bien les deux à la fois. D'une façon



rare, le gros intestin, les organes génitaux internes de la femme, la vessie, la prostate (nous l'avons rencontrée une fois) peuvent y descendre; enfin, à titre exceptionnel, on peut y trouver le rein, la vésicule biliaire, l'estomac; le pancréas paraît être le seul organe abdominal qui n'ait pas été vu dans une hernie.

La situation anormale des viscères dans un sac herniaire finit par amener, à la longue, certaines modifications dans leur texture. L'intestin grêle devient, comme la vessie, blanchâtre, à moins qu'il ne soit facilement réductible et que ce ne soit pas la même anse qui fasse constamment partie de la tumeur; bien entendu, s'il ne s'engage que par une paroi d'une de ses anses, formant ainsi ce que l'on appelle le pincement latéral, au lieu d'engager une anse entière, aucune modification sérieuse ne se produit, sauf le cas d'étranglement. Il n'en est pas de même pour l'épiploon, qui devient fibreux, rigide, perdant son tissu graisseux et contractant des adhérences avec le voisinage, sac surtout, et quelquefois anse d'intestin. Ces adhérences forment un véritable obstacle, soit au port du bandage qui est rendu douloureux, soit à la cure radicale qui est rendue plus difficile, puisqu'elle exige la résection de l'épiploon engagé, ou au moins sa libération et l'hémostase des pointes détachées qui sont vasculaires et saignent avant sa réintégration dans le ventre.

De plus, plusieurs maladies, le cancer, la tuberculose, des inflammations simples, peuvent frapper le contenu de la hernie, ainsi d'ailleurs que son contenant; nous en dirons quelques mots plus tard.

Enfin, on a pu voir des tumeurs, principalement des lipomes, des végétations polypeuses, de véritables corps étrangers dans l'intérieur du sac. Les corps étrangers sont quelquefois libres et dérivent des productions fibro ou ostéo-calcaires que nous avons vues naître quelquefois sur la face interne du sac, sous l'influence d'une péritonite adhésive. Ces plaques s'étirent et se pédiculisent peu à peu du côté de la cavité du sac, où elles finissent par tomber.

**Étiologie. — Mécanisme.** — La fréquence des hernies a été de tout temps constatée. Ce sont les médecins et chirurgiens d'asiles qui se sont livrés à la fastidieuse besogne qui consistait à examiner, à ce point de vue, tous les malades qui leur étaient confiés, et à noter le pourcentage. Malgaigne et Berger, en France, se sont distingués dans ce genre de statistique. En prenant la moyenne des chiffres publiés, on arrive à peu près à la proportion de 2,5 p. 100 d'individus présentant une hernie ou plusieurs hernies. On a voulu à tort faire entrer en ligne de compte des considérations de race, de climat, d'altitude.

L'homme est plus souvent atteint que la femme, et cela indique l'importance d'un facteur que nous retrouverons tout à l'heure, l'effort. Il en est même qui sont plus fréquentes que les autres; ce sont, par ordre descendant, les hernies inguinales, crurales, ombilicales, qui peuvent d'ailleurs se montrer chacune à tous les âges de la vie.

Comme facteur étiologique, il faut noter l'hérédité, paraît-il, d'après certains auteurs; nous n'avons rien observé de net à ce point de vue.

En revanche, l'influence professionnelle est indéniable; ce sont les ouvriers et tous ceux qui portent de lourds fardeaux qui fournissent le plus fort contingent de hernieux. C'est d'ailleurs ainsi que s'explique la différence de nombre de hernieux, suivant leurs conditions sociales, les pauvres étant les plus éprouvés par ce seul fait qu'ils sont obligés, pour vivre, de se livrer de bonne heure à des travaux pénibles.

On a voulu dire que la haute taille prédisposait aux hernies; il n'en est rien, pas plus, d'ailleurs, que les formes du ventre en tablier, en besace, ou à triple saillie, qui ne sont que des coïncidences, et qui indiquent simplement que les parois abdominales sont peu résistantes.

Il n'est pas rare d'observer sur le même individu plusieurs hernies, par exemple à l'aîne et à l'ombilic, à la région crurale et à la région ombilicale. Le côté droit est plus souvent atteint que le côté gauche.

Les grossesses répétées arrivent à affaiblir les parois abdominales, à élargir les espaces intermusculaires et interaponévrotiques, et favorisent ainsi la formation des hernies; mais les grossesses et les hernies peuvent coexister en bon accord. On a vu parfois des hernies survenir après un amaigrissement rapide, comme si les orifices normaux qui sont dans les points faibles des enveloppes abdominales avaient été oblitérés par la graisse et que, celle-ci une fois résorbée, le chemin était désormais libre. On a vu des hernies coïncider avec le phimosis, et certains auteurs rattachent les premières à ce vice de conformation par les efforts qu'il déterminerait dans la miction; il en est de même pour les vomissements, la toux dans les maladies aiguës de l'arbre respiratoire, dans la coqueluche chez l'enfant.

Quant à l'influence des maladies du ventre, à proprement parler, sur l'apparition des hernies, elle est loin d'avoir été démontrée.

La cause déterminante paraît être, dans tous les cas où la hernie n'est pas apparue au moment de la naissance, un effort, qu'il ait été réalisé par l'action de porter un fardeau, de se retenir dans une chute, de faire certains exercices de sport, par une contraction violente des muscles de l'abdomen, ou par un traumatisme. Il est bien rare qu'une hernie soit née spontanément et à l'insu du patient.

Mais les parois abdominales réagissent de façons différentes; il en est de flasques, de tombantes, de dilatées, chez qui les orifices herniaires sont tout prêts à laisser passer la hernie; celle-ci s'opère sans qu'il y ait besoin d'un effort, par le seul fait de la déchéance locale et souvent générale aussi de l'individu, c'est la *hernie de faiblesse*, qui est une maladie et non point un accident (Kingdon).

D'autres fois, au contraire, la paroi est solide et résistante, et il faut bien que la presse abdominale soit devenue considérable pour pouvoir en triompher et faire sortir par un point un viscère si bien protégé; alors la hernie est dite *de force*.