

non entouré par le péritoine ; il pouvait glisser sur le tissu cellulaire de la fosse iliaque et venir former des hernies, la plupart du temps dépourvues de sac. Les noms de Praxagoras, Celse, Vésale, Bauhin, Fallope, Franco, Santorini, et enfin Malgaigne sont attachés à ces erreurs. Mais, à partir de 1849, époque des travaux de Bardeleben, l'anatomie du cæcum et le mécanisme de ses hernies s'éclaircissent. Luschka, Henle, Treves, Tuffier contribuent à fixer tous ces points.

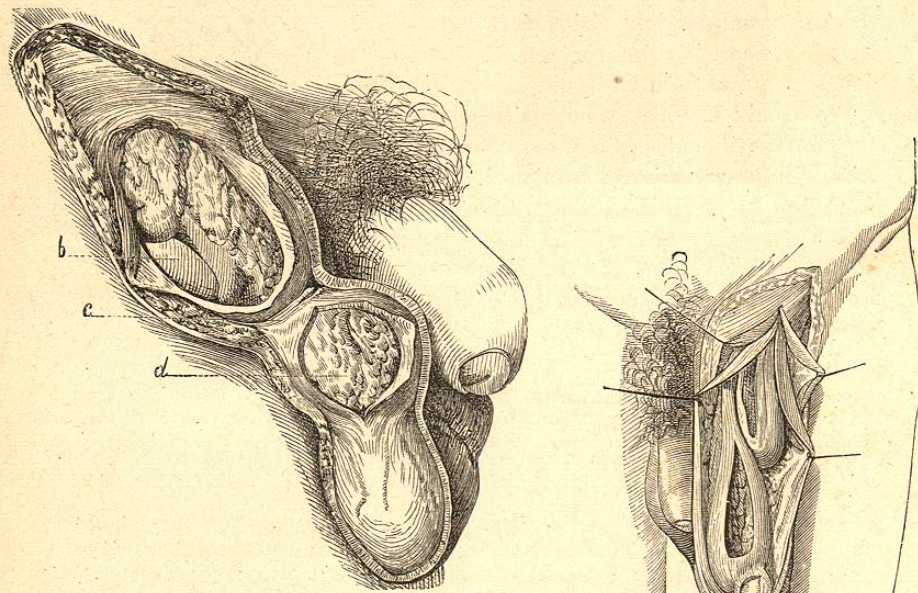


Fig. 68. — Hernie inguinale entéro-épiploïque à sac biloculaire (les deux loges sont ouvertes). — Le renflement *b* offre l'épiploon et une anse intestinale; le renflement *d*, qui est l'inférieur, ne contient que de l'épiploon; *c* indique le point de séparation des deux sacs superposés (d'après une pièce de Demeaux).

Fig. 69. — Hernie inguinale.

Le cæcum, dit Tuffier (1), est partout recouvert de péritoine, et la main peut en faire le tour comme elle fait le tour du cœur dans le sac péricardique. Le péritoine envoie en outre au cæcum des ligaments qui le maintiennent à sa place. Le *ligament supérieur*, inséré en haut sur la partie inférieure de la fosse lombaire, descend verticalement et entoure dans sa concavité la partie externe du cæcum ; c'est lui qui suspend le cæcum. Un autre ligament, dit *inférieur*, inséré à la partie inférieure du cæcum, à l'intestin grêle et au mésentère, rejoint la partie inférieure de la fosse iliaque ; grâce à lui, le cæcum ne peut basculer de bas en haut. Quant à l'appendice, le péritoine lui fournit aussi un méso triangulaire dont la base est en haut ; un repli allant

(1) TUFFIER, *Arch. gén. de méd.*, 1887.

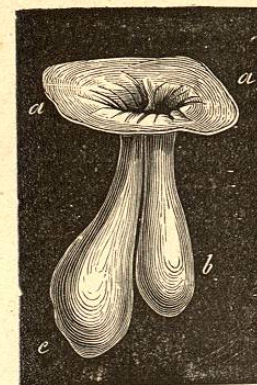


Fig. 70. — Deux sacs de hernies inguinales, du côté gauche, observés sur le cadavre d'un homme âgé d'environ cinquante ans. — *a*, portion du péritoine qui recouvrait la paroi antérieure de l'abdomen aux environs du canal inguinal, vue par la face antérieure; *b*, sac externe ouvert dans la cavité du péritoine; *c*, sac interne oblitéré à son col et changé en une cavité kystique (J. CLOQUET).

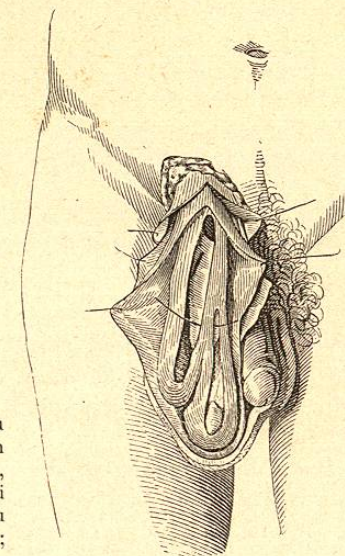


Fig. 71. — Hernie inguinale à double sac.

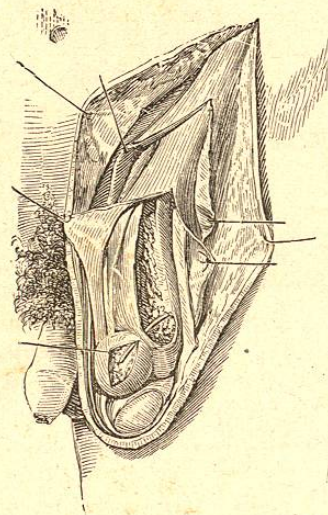


Fig. 72. — Hernie inguinale. Sac bilobé. La poche supérieure ne communique avec la poche inférieure, qui touche aux testicules, que par un mince pertuis.

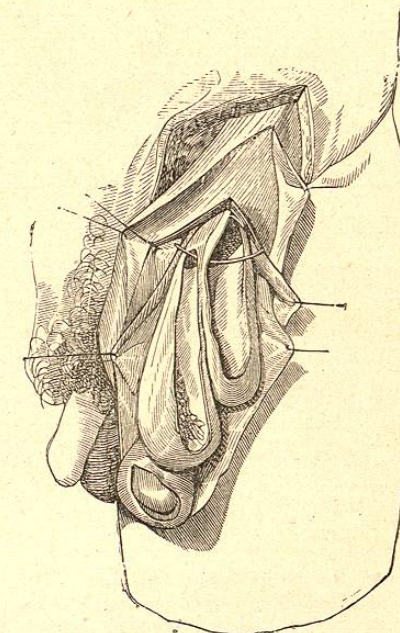


Fig. 73. — Communication des deux sacs dans une hernie inguinale.

du cæcum au niveau de la base de l'appendice, jusqu'à l'extrémité de celui-ci, dit iléo-appendiculaire, relie entre eux ces deux organes.

Autrefois, on admettait deux mécanismes pour les hernies du gros intestin : 1° les *hernies par glissement* : c'était celles dans lesquelles le cæcum descendait entre le péritoine et la fosse iliaque et n'avait point de sac ou qu'un sac incomplet ; 2° les *hernies par descente* : le cæcum basculait en dehors, l'appendice en haut ; le côlon peut le suivre, le sac est incomplet.

Tuffier distingue les hernies congénitales et les hernies acquises. Les hernies *congénitales* relèvent de deux causes ; un premier groupe comprend des malformations congénitales ; il n'y a pas de péritoine autour du cæcum, il n'y a pas de sac, la hernie se produit par *glissement*. Dans un second groupe, le cæcum est bien entouré par le péritoine, mais ses ligaments sont trop longs, ou bien ils sont atrophiés, ou encore ils manquent ; la hernie se fait par *descente*, il y a un sac.

De même deux mécanismes dans les hernies *acquises* : les ligaments *s'allongent* ; le cæcum, mal suspendu, descend avec le péritoine ; c'est une hernie avec sac ; ou bien les ligaments suspenseurs se désinsèrent, c'est encore une hernie avec sac.

Cependant, nous avons observé une hernie chez un adulte où le cæcum était dépourvu de sac en partie (1), et il existe des observations analogues de Guillet (2) et de Le Dentu (3). Dans notre observation, la hernie ne contenait que le cæcum, et l'appendice était dépourvu de sac. Celle de Guillet a trait à une pièce d'autopsie constituée par une hernie du cæcum sans sac, contenant de l'intestin grêle. L'observation de Le Dentu se rapporte à une hernie du cæcum à sac incomplet ; avec une observation analogue de Sernin (4), il y a donc au moins 4 observations connues de hernies primitives du cæcum sans sac ou à sac incomplet.

Voici comment elle s'expliquent : assez souvent le cæcum possède un méso qui le fixe à la paroi du bassin, sans qu'il s'agisse de malformation congénitale. Broca dit avec raison, à propos d'une observation de Chipault (5) : « On a donné comme argument en faveur de la congénialité de la hernie cæcale que, dans sa presque totalité, la partie postérieure du cæcum est extrapéritonéale. Je sais que Tuffier insiste sur cette disposition, tératologique à son sens, pour démontrer que, lorsqu'elle existe dans une hernie, il y a vraiment malformation congénitale. Mais je crois que Tuffier exagère la valeur de cette preuve. Certes, il est prouvé aujourd'hui que la disposition décrite

(1) BÉRARD, *Prov. méd.*, 1896.

(2) GUILLET, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1887.

(3) LE DENTU, *Clin. chir.*, 1892.

(4) SERVIN, *Journal de médecine* de Sédillot, t. XXVI, p. 302.

(5) BROCA, *Soc. anat.*, 1891.

dans nos livres classiques d'anatomie ne répond pas à la réalité ; en général, il n'y a pas de méso-cæcum, mais il y en a quelquefois sans trace de hernie et sans malformation péritonéale proprement dite ; on peut, quoique rarement, trouver des hernies du cæcum à sac partiel et non complet. »

Lorsque le cæcum est distendu fortement par des matières fécales, son ligament supérieur l'empêche de se dilater par sa partie inférieure ; il se dilate par sa partie postérieure, qui tend à se porter en haut et en dedans. Le ligament inférieur entre alors en jeu et limite ce mouvement de bascule ; mais ce ligament est beaucoup moins résistant que le ligament supérieur, car il n'est formé que par le double feuillet péritonéal qui constitue le mésentère. Aussi, sous l'influence d'une distension cæcale prononcée, il se laisse allonger et cède à la fin, pendant que l'autre ligament a résisté. Alors, le cæcum obéit au mouvement de bascule qui est imprimé par le ligament supérieur sans contrepoids, il s'énuclée de sa coque séreuse, arrive entre les deux feuillettes du mésocæcum, puis dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Son mouvement de bascule est, à ce moment, terminé, et il présente, à l'orifice interne du canal inguinal, sa face droite et postérieure dépourvue de péritoine ; celui-ci n'existe plus que sur le fond et la face antérieure. En continuant son mouvement de descente, le cæcum entraîne le péritoine, et il peut devenir irréductible.

Cette irréductibilité atteint la hernie cæcale, qui a un gros volume et qui comprend soit le cæcum et son appendice, soit en même temps la partie voisine du côlon et de l'iléon. Elle est due à un repli formé par le méso-côlon déplacé par un mouvement de glissement avec le péritoine de la fosse iléo-lombaire. Ce repli, Scarpa l'appelait l'*adhérence charnue naturelle*. La réintégration des viscères dans l'abdomen est alors difficile, sans qu'il y ait d'étranglement (hernia inguinali immobili de Bracchi).

Duret (1) rappelle une autre disposition, qui est le troisième degré admis par Scarpa dans ces hernies ; dans les très grosses hernies, on trouve une plus grande étendue du gros intestin : le cæcum, le côlon ascendant ou l'S iliaque (dans les cas de hernie du cæcum à gauche) avec plusieurs anses d'intestin grêle. Dans ce cas, l'intestin grêle est facilement réductible ; mais le gros intestin ne peut être rentré, car il est fixé à la paroi postérieure du sac qui a contracté des adhérences avec le tissu cellulaire ambiant. Parfois le cæcum et le gros intestin subissent dans le sac un mouvement de torsion ou d'inflexion qui complique encore les choses.

Scarpa admettait deux autres degrés : a) l'un où la hernie ne renfermait que l'extrémité libre et arrondie du cul-de-sac cæcal, avec son

(1) DURET, *Hernies rares*, thèse d'agrégat., 1883.

appendice vermiforme, b) l'autre où la tumeur contient encore la partie voisine du côlon.

Ces hernies du cæcum offrent d'habitude un tableau clinique assez net : tumeur herniaire volumineuse, égale au poing au minimum; apparition brusque; irréductibilité rapide, sans qu'il y ait cependant d'étranglement; la hernie fournit, à la palpation, un gargouillement des plus marqués. Entre le pédicule de la hernie, qui est énorme, et l'orifice inguinal, on peut introduire le doigt jusqu'à dans l'abdomen. Les hernies de l'intestin grêle peuvent acquérir aussi des dimensions énormes, mais cela ne se fait que d'une manière progressive.

Ces hernies de la portion initiale du gros intestin sont sujettes à plusieurs groupes de complications.

1° *L'engouement* : l'accumulation des matières fécales dans les hernies, en augmente l'irréductibilité; cela est rare et sans importance, bien que quelques chirurgiens aient pu songer à un étranglement. Goirand, par exemple, dit avoir opéré plusieurs cas de ce genre.

2° *L'inflammation herniaire* : le traumatisme, ou des corps étrangers du tube digestif, des vers intestinaux, peuvent la produire; il s'agit alors de poussées inflammatoires pouvant causer des adhérences de l'intestin avec le sac, ou d'accidents de péritonite herniaire.

3° *L'étranglement* est très rare.

4° En revanche, *l'appendicite herniaire* (1) est la cause la plus fréquente des complications survenues dans les hernies du cæcum; on dirait que celles-ci favorisent les inflammations appendiculaires. Outre les conditions ordinaires qui produisent l'appendicite, on trouve ici la stagnation des matières fécales, la congestion passive, la gêne circulatoire de tout ce qui est au-dessous du canal inguinal. Aussi avons-nous eu plusieurs fois, comme beaucoup de chirurgiens, l'occasion d'opérer de semblables complications.

Lorsqu'on veut faire la cure radicale de ces hernies, on se heurte à leur irréductibilité. J.-L. Petit avait dû laisser le cæcum dehors, Arnault avait fait une résection intestinale. Duret conseille de débriquer l'anneau et d'essayer de réduire; si les adhérences font obstacle, il faut laisser le cæcum à l'extérieur; et, toujours d'après lui, dans le cas de sphacèle, faire l'anus contre nature. Une fois, dans un cas où l'adhérence charnue naturelle empêchait la réduction par refoulement direct et où le fond du cæcum était infléchi en avant et en haut (2), nous avons pu obtenir la réintégration par une manœuvre qui était exactement l'inverse du chemin qu'avait parcouru le cæcum; nous avons refoulé le fond de haut en bas et d'avant en arrière, comme en le retournant en le faisant remonter derrière les feuillets de son méso.

(1) CRARNOIS, Hernies du cæcum avec appendicite, thèse de Lyon, 1894.

(2) BÉRARD, *Province méd.*, 1896.

En dehors de l'intervention sanglante, ces hernies, sauf au début et à leur premier degré, ne sont susceptibles que du port du suspensoir, ou d'un bandage lacé des bourses.

2° *Hernie de l'S iliaque*. — Boussi avait attiré l'attention sur la disposition anormale de l'S iliaque dans une hernie inguino-scrotale. A. Broca, dans une autopsie, trouve une hernie de l'S iliaque recouvrant une cystocèle. Chauffard observe un cancer de l'S iliaque adhérent au sac. Ladroite rapporte aussi une hernie de cette portion du gros intestin. Enfin, Anderson, en octobre 1895, publie 3 cas de hernie inguinale de l'S iliaque sans sac. Les hernies de l'S iliaque présentent en effet deux variétés correspondant aux deux dispositions différentes qu'affecte le péritoine au niveau de lui. Tantôt le péritoine forme un mésocôlon iliaque, plus ou moins développé, tantôt il passe simplement au devant de l'anse sigmoïde. Cette disposition exceptionnelle est pour la première fois signalée par Anderson (1). Parfois, dit-il, le mésentère ilio-pelvien manque complètement. Alors l'intestin se promène dans la fosse iliaque, derrière le péritoine, recouvert par lui seulement sur la moitié ou les deux tiers de sa circonférence. Dans ce cas, l'S iliaque se présente à l'orifice interne du canal inguinal par sa face postérieure dépourvue de péritoine, et la hernie possède seulement un sac incomplet, qui existe sur le bord concave de l'intestin. Le plus souvent, il y a un méso très net, et la hernie de l'S iliaque a un sac complet; les adhérences charnues naturelles se forment alors de la même façon que dans les hernies cæcales à sac complet, et elles passent par les mêmes degrés. J'ai rencontré des cas dans lesquels les matières fécales s'accumulaient et où j'ai pu établir le diagnostic par l'empreinte que faisait la pression du doigt.

Hernie du côlon transverse avec l'épiploon. — Nous avons opéré un cas de hernie du côlon transverse tout entier, accompagné de l'épiploon, dont les vaisseaux étaient thrombosés; il y avait en outre une entérocèle ordinaire.

Cette grave hernie était étranglée; le malade, un jeune homme de vingt ans, a parfaitement guéri.

Hernies de la totalité de l'intestin. — Quelques observations de ce genre existent dans la science; c'étaient, comme on le comprend, des hernies volumineuses. Chevereau, Jayle, Lewin, ont publié de ces curiosités pathologiques.

L'intestin grêle paraît sortir le premier, puis, peu à peu, toutes les anses intestinales perdent droit de domicile. Le gros intestin s'ajoute

(1) ANDERSON, *British. med. Journ.*, 1895.

à son tour au contenu, et, comme sa présence dans la hernie en amène l'irréductibilité, le patient, vieil hernieux, songe à réclamer des soins.

Hernie inguinale de l'estomac. — L'estomac a été trouvé dans le contenu d'une hernie scrotale; le fait a été publié par Meinhard Schmidt, en 1885 (1). Chevereau signale à la Société anatomique de Paris, une hernie inguinale de l'intestin et de l'estomac. Dans l'observation de Lewin, tout le tube digestif sous-diaphragmatique, y compris l'estomac, était dans la hernie.

Hernie inguinale du rein. — Deipser a publié l'unique observation, chez une femme, de rein mobile, prolabé et étranglé dans une hernie inguinale.

Hernies inguinales de l'ovaire et de la trompe. — Nous étudierons en détail, p. 813 et suivantes, les hernies des organes génitaux internes de la femme. Disons donc seulement quelques mots à ce sujet, ici. Les hernies congénitales sont bien plus fréquentes que les autres, 54 contre 17 d'après Puech. Elles reconnaissent pour cause essentielle : 1° la persistance du canal de Nüek, qui est l'homologue du canal vagino-péritonéal chez l'homme, et auquel s'appliquent toutes les considérations embryologiques et anatomiques que nous avons développées à l'occasion de ce dernier; 2° la situation élevée des organes génitaux internes qui ne sont pas encore descendus dans l'excavation pelvienne. Ces hernies se compliquent assez souvent de kystes simples, de kystes hydatiques, de kystes dermoïdes, de kystes réticulaires, de cancers, de dégénérescences diverses, ainsi que d'inflammation. Aussi doivent-elles être de bonne heure opérées.

Hernies de l'utérus. — On peut trouver, dans les hernies inguinales, l'utérus soit à titre de *malformation congénitale*, et alors il peut être bifide et envoyer une corne de chaque côté, soit à titre de *complications d'une hernie ordinaire* dans laquelle il a été poussé par un effort, ou bien attiré par le glissement du péritoine, de ses annexes, ou l'attraction d'une tumeur, soit enfin comme utérus *grave*, et dans lequel une grossesse suit régulièrement son cours. On trouvera plus tard l'analyse de toutes ces variétés.

Hernies de la vessie. — Les hernies inguinales de la vessie, que l'on considérait comme une rareté dans ces dernières années, ont été l'objet d'un grand nombre de travaux qui établissent son importance et sa fréquence. Nous leur consacrons un long chapitre à la fin de cet article.

(1) MEINHARD SCHMIDT, *Berliner klin. Wochenschrift.*, 1885.

Hernie de la prostate. — Nous avons rencontré une fois la prostate avec la vessie dans une hernie inguinale. La réintégration put être faite par hernio-laparotomie, et le malade guérit. On trouvera cette observation à propos des hernies de la vessie.

Hernies inguinales dont le contenu est le siège de lésions diverses. — Enfin, il faut encore signaler la fréquence de lipomes adhérents au cordon, ou bien au sac; la possibilité de la rupture de ce sac après une contusion des bourses, et alors de la présence sous les téguments du contenu de la hernie; la suppuration possible du sac et du contenu herniaire, de l'épiploon, par exemple, soit à la suite d'un traumatisme, soit du fait d'une appendicite qui a vidé son pus dans un sac de hernie inguinale; de certaines tumeurs du sac, comme l'angioliipome, de son inflammation lente qui produit sur sa face libre des plaques fibro-cartilagineuses; enfin, toutes les maladies (tuberculose surtout), les inflammations amenant la symphyse des anses, les vices de conformation, se traduisant par l'indépendance du testicule et de l'épididyme et qui accompagnent si souvent les ectopies, les migrations incomplètes du testicule, ou les persistances du canal vagino-péritonéal.

Considérations étiologiques sur le siège, le volume et la fréquence des hernies inguinales. — Ces considérations sont étayées sur le dépouillement de nos observations personnelles, qui ont servi de base au travail de Perriollat (1).

On aura une idée de la fréquence de la hernie inguinale chez l'homme d'après les chiffres suivants : sur 103 sujets de plus de quinze ans atteints de hernies simples, 84 présentaient des hernies inguinales. Sur 113 sujets masculins de tout âge porteurs de hernies simples, 94 présentaient des hernies inguinales. La hernie inguinale représente donc 81,5 p. 100 des hernies simples chez l'homme à partir de l'adolescence et 83,2 p. 100 chez les sujets masculins de tout âge.

Parmi les hernies doubles, la prédominance de la hernie inguinale est plus frappante encore; 17 sujets seulement en étaient pourvus à l'exclusion de toute autre espèce de hernie. En ajoutant à ce chiffre celui de 3 cas de hernie inguinale associée à une ombilicale, nous obtenons un total de 130 sujets masculins de tout âge porteurs de hernies inguinales.

Les deux sujets masculins affectés de hernie triple étaient atteints, l'un de hernie inguinale double, l'autre de hernie inguinale simple associées à des hernies crurales du côté opposé.

Il résulte de la statistique de M. Berger (2), que 96 p. 100 des su-

(1) PERRIOLLAT, thèse de Lyon, 1896.

(2) BERGER, Résultats de l'examen de 10 000 observations de hernies recueillies à la consultation des bandages au Bureau central de Paris (*IX^e Congrès de chir.* Paris).

jets masculins qui présentent des hernies simples ou multiples sont porteurs de hernies inguinales. D'après la nôtre, sur 122 hernieux âgés de plus de quinze ans, 86 présentaient des hernies inguinales. Sur 132 sujets masculins de tout âge, 96 présentaient des hernies inguinales. De ces chiffres, il résulte que 73 p. 100 environ des sujets masculins qui présentent des hernies simples ou multiples sont porteurs de hernies inguinales. Cette proportion est donc inférieure de 23 p. 100 à celle de Berger.

A l'encontre des résultats de M. Berger, la simple inspection de notre statistique montre l'énorme prédominance de la hernie inguinale simple sur la hernie inguinale double chez l'homme. D'après Berger, chez les sujets masculins de tout âge, le chiffre des hernies est presque double du chiffre des hernieux. Au point de vue de la fréquence des hernies doubles, celle-ci est à la hernie simple dans la relation de 4,34 à 1. Dans notre statistique, au contraire, sur 134 cas de hernies chez l'homme, nous trouvons 94 cas de hernies inguinales simples, 11 cas de hernies inguinales doubles; ainsi, au point de vue de sa fréquence, la hernie inguinale double est à la hernie inguinale simple comme 0,116 est à l'unité. Cette divergence, bien que considérable, a cependant sa raison d'être quand on considère sur quels cas particuliers porte notre dénombrement. Nous ne parlons, nous, que des hernies que nous avons opérées, soit pour étranglement, soit pour cure radicale. Il n'y a pas ici, comme à Paris, une consultation de bandages, et, si les hernies doubles sont si rares dans nos chiffres, cela tient à ce que la hernie double est bien moins sujette aux accidents que la hernie simple. Cependant nous devons avouer que, malgré cela, notre statistique se rapproche beaucoup de celle de Wernher et de Macready, qui, elles-mêmes s'éloignent, comme la nôtre, de celle de Berger.

D'après la statistique de la Société des bandages de Londres, de 1860 à 1867, analysée par Wernher, la proportion des hernies inguinales doubles aux hernies inguinales simples serait comme 0,64 est à 1.

La même proportion fut trouvée par Macready pour les années 1888, 1889 et 1890 : elle est toujours de 0,64 à 1.

Berger donne une explication sérieuse de la prépondérance dans ses chiffres des hernies inguinales doubles sur les hernies inguinales simples, c'est qu'un très grand nombre de hernies inguinales simples, presque toutes celles qui sont de petit volume, restent en dehors de la statistique, les malades ne venant pas consulter pour des hernies de cette catégorie.

Relativement au côté le plus souvent atteint, voici des chiffres :

Wernher donne, pour les hernies droites, 14 888 et, pour les hernies gauches, 8 545. La relation des hernies inguinales droites aux hernies inguinales gauches est donc de 1,74 à 1.

La même proportion est obtenue par Macready. Berger arrive à un résultat un peu inférieur, 993 hernies droites et 677 hernies gauches, soit la relation de 1,46 à 1. Et nous-même avons trouvé 94 à droite, 30 à gauche; soit la relation des hernies inguinales droites aux hernies inguinales gauches de 3 à 1. La conséquence que nous pouvons tirer de la discordance de nos chiffres à nous, c'est que, comme nous ne parlons toujours que des hernies opérées, les accidents herniaires sont plus fréquents à droite, ou que la douleur et la gêne fonctionnelle sont bien moins supportées de ce côté.

Envisageons maintenant les hernies inguinales suivant leur volume, et comparons le *volume* des hernies droites et gauches.

Les statistiques anglaises ne disent rien à ce sujet. Pour Berger, à droite comme à gauche, pour des hernies simples, comme pour les hernies doubles, la fréquence des hernies s'accroît des hernies à l'état de pointe aux hernies interstitielles, de celles-ci aux hernies pubiennes, et elle diminue des hernies pubiennes aux hernies scrotales. De toutes les hernies inguinales, la hernie pubienne est donc la plus commune, mais la hernie scrotale n'est que très peu au-dessous d'elle dans la statistique. Pour nous, au contraire, dans les hernies simples la fréquence s'accroît bien des hernies à l'état de pointe aux hernies interstitielles, mais elle décroît de celles-ci aux hernies pubiennes pour de nouveau s'accroître des hernies pubiennes aux hernies scrotales. Dans les hernies doubles, la pointe de hernie est la moins commune, tandis que les trois autres variétés se présentent avec une fréquence égale. Dans la statistique de Paris, les petites hernies inguinales ne représentent que le 6,1 p. 100 du chiffre des moyennes et des grosses, et dans la nôtre, 43,3 p. 100. Nous avons déjà expliqué que cela tenait à ce que les malades ne consultent pas pour une hernie qui n'est qu'apparente.

D'après nos observations, les hernies inguinales moyennes, celles qui sont dites pubiennes ou encore bubonocèles, ne sont pas les plus fréquentes; ce sont les hernies scrotales, qui l'emportent dans la proportion de 3 à 1. Au contraire, à Paris, cette proportion est comme 0,5 est à l'unité.

Nous trouvons encore, dans nos chiffres, l'égalité de volume à droite et à gauche dans les hernies inguinales doubles. Berger ne trouve cette égalité que dans 42 p. 100. Quand un côté l'emporte, c'est le côté droit, habituellement.

Les considérations précédentes s'adressent aussi aux hernies des adolescents et des enfants.

FRÉQUENCE DES HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES. — Nous avons dit que nous entendions sous ce nom celles qui étaient dues à la persistance de la totalité ou d'une partie du canal vagino-péritonéal.

Les hernies vaginales testiculaires, celles dans lesquelles la hernie descend jusqu'au fond de la vaginale, sont bien moins nombreuses que