

TRAITE ELEMENTAIRE  
DE  
PATHOLOGIE EXTERNE

RB110  
F4  
V.6

E. FOLLIN  
SINOX DUPLAY

AVEC 175 FIGURES DANS LE TEXTE

TOME SIXIEME

MALADIES DE L'ABDOMEN — Maladies de l'anus et du rectum — Maladies des organes voisins

PARIS

C. MASSON, EDITEUR

L'IMPRIMERIE DE CHAMPAGNE DE M. BOURGEOIS

15, RUE MONTMARTRE, 15, PARIS



BIBLIOTECA



TRAITE ELEMENTAIRE

B I E C A DE

# PATHOLOGIE EXTERNE

## CHAPITRE XVIII

MALADIES DE L'ABDOMEN (SUITE)

### ARTICLE III

DES HERNIES ABDOMINALES

On donne le nom de *hernies abdominales* aux tumeurs que forment les viscères contenus dans l'abdomen en s'échappant au travers des parois de cette cavité. Tantôt l'issue des viscères a lieu à travers une plaie récente ou une cicatrice résultant d'une solution de continuité plus ou moins ancienne de ces parois. Cette variété de hernie, qui prend le nom de *hernie traumatique*, a déjà été étudiée à propos des plaies de l'abdomen.

Tantôt une disposition anatomique transitoire existant chez le fœtus, et destinée à disparaître chez l'enfant et l'adulte, permet l'issue des viscères. Cette variété de hernie est désignée sous le nom de *hernie congénitale*.

Tantôt, enfin, la hernie se développe spontanément, sous l'influence de causes encore peu connues, mais qui ne peuvent être rapportées ni au traumatisme, ni à un arrêt de développement. Ces hernies, auxquelles Gosselin a donné le nom de *hernies ordinaires*, sont plus généralement désignées sous le nom de *hernies spontanées*. Elles affectent de préférence certaines régions, véritables points faibles des parois de l'abdomen : telles sont les *hernies inguinales, crurales, ombilicales*, dites aussi *hernies communes*, par opposition aux *hernies épigastriques, diaphragmatiques, obturatrices*, etc., que l'on désigne sous le nom de *hernies rares*.

Chacune de ces variétés présente des caractères anatomiques et cliniques qui exigent une description spéciale. Mais, avant d'aborder l'étude des hernies en particulier, il est nécessaire de faire ressortir les

000160

considérations générales qui s'appliquent à toutes les variétés de hernies spontanées; ce qui constitue l'histoire des hernies en général.

Indépendamment des variétés de siège, il en est d'autres qui dépendent du contenu de la hernie. La plupart des hernies renferment de l'intestin ou de l'intestin et de l'épiploon à la fois; quelques-unes ne contiennent que de l'épiploon. Les premières ont reçu le nom d'*entéroécèles pures* et d'*entéro-épiplocèles*. Les secondes, désignées sous le nom d'*épiplocèles*, sont relativement rares. Enfin il y a des variétés insolites tenant à ce qu'un viscère, tel que l'estomac, la vessie, l'ovaire, la rate, etc., est compris dans la tumeur.

Les notions générales qui vont suivre ne doivent s'appliquer qu'aux *hernies intestinales* et *intestino-épipliques*. Elles seront suivies de considérations sur les *hernies purement épipliques*, dont les caractères, très-différents, nécessitent une étude spéciale. Quant aux variétés de hernies insolites par leur contenu, nous en renverrons l'histoire, fondée sur un nombre d'observations incomparablement plus restreint, aux chapitres où nous traiterons des hernies en particulier.

Il doit en être de même des *hernies congénitales*. Celles-ci, qui ne s'observent qu'en deux régions, la région inguinale et la région ombilicale, se prêtent mal à des considérations d'ensemble. Comme, d'autre part, elles s'éloignent en beaucoup de points des hernies spontanées, il y a tout avantage à réunir leur étude à celle des hernies inguinales et des hernies ombilicales.

Nous indiquerons tout de suite et par ordre chronologique les principaux ouvrages qui traitent des hernies en général, et qui marquent pour ainsi dire les diverses phases historiques de la question.

Pierre FRANCO, *Traité des hernies*. Lyon, 1561. — Nicolas LEQUIN, *Traité des hernies ou descentes*. Paris, 1690. — BLEGNY, *l'Art de guérir les hernies*, 1693. — ARNAUD, *Observations sur plusieurs hernies* (*Mém. de chir.*, t. I, Paris, 1743). — GARENTEOT, *Des hernies*, dans *Traité des opérations de chirurgie*, t. I, p. 229. Paris, 1731. — Du même, *Sur plusieurs hernies singulières* (*Mémoires de l'Acad. de chir.*, 1743, t. I, p. 699). — RICHTER, *Traité des hernies* (trad. française de Rougemont). Paris, 1788. — LAWRENCE, *Traité des hernies* (trad. Béclard et Cloquet). Paris, 1818. — SCARPA, *Traité pratique des hernies* (trad. Cayol). Paris, 1812-1823. — J. CLOQUET, *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, thèse de Paris, 1817. — Du même, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*, thèse de concours. Paris, 1819. — GERDY, *Remarques et observations sur les hernies* (*Archives génér. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, 1836, t. X, p. 389). — A. COOPER, *Traité des hernies de l'abdomen* (*Œuvres complètes*, trad. Chassaignac et Richelot, Paris, 1837). — H. MARSHALL, *Contrib. to Statistics of Hernia* (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1838). — VERDIER, *Traité pratique des hernies*. Paris, 1840. — MALGAIGNE, *Leçons de clinique sur les hernies*. Paris, 1841. — DEMAUX, *De l'évolution du sac herniaire* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. V, p. 1842). — DANZELL, *Herniologische Studien*. Göttingen, 1854-1855. — WOOD, *On Ruptures*. London, 1863. — KINGDON, *Mécanisme et causes des hernies* (*Med.-chir. Transactions*, 1864, p. 295). — GOSSELIN, *Leçons sur les hernies abdominales*. Paris, 1865. — HORN, *Untersuchung*.

*über das Entstehen von Hernien*. Giessen, 1869. — E. RICHTER, *Zur Lehre von der unterleibsbruchen*. Leipzig, 1869. — WERNHER, *Geschichte und Theorie der Mechanismus der Bruchbildung* (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1872, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> fascicules).

## I. — HERNIES EN GÉNÉRAL.

Les hernies constituent une infirmité plutôt qu'une maladie et sont compatibles avec le fonctionnement à peu près régulier des organes. Mais elles peuvent se compliquer d'accidents qui deviennent la source de dangers sérieux pour la vie.

En l'absence de ces accidents, la tumeur herniaire est *réductible*, c'est-à-dire que par le repos, par le décubitus horizontal, par des pressions douces et méthodiques, les viscères qui y sont contenus peuvent rentrer dans le ventre. Au contraire, lorsque survient une complication, l'une des premières modifications que l'on observe du côté de la hernie consiste dans son *irréductibilité*. Il importe donc, dans la description générale des hernies, de tenir compte de ce caractère et d'étudier successivement les *hernies réductibles* et les *hernies irréductibles*.

### § I. — Hernies réductibles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Toute hernie étant produite par une sorte de migration des viscères qui refoulent devant eux le péritoine et traversent la paroi abdominale pour proéminer à l'extérieur, nous aurons à envisager successivement le *trajet suivi par la hernie*, et la *constitution de celle-ci*.

1<sup>o</sup> Le *trajet suivi par la hernie* doit être, pour chaque variété de hernie, l'objet d'une étude particulière. Pourtant, quelle que soit la région où l'on observe la tumeur, le trajet parcouru par les viscères présente des caractères généraux importants à noter.

Les points de la paroi abdominale au niveau desquels le déplacement s'effectue correspondent le plus souvent au passage de vaisseaux ou de certains organes qui, d'abord contenus dans le ventre, traversent la paroi abdominale pour se rendre dans des régions plus superficielles ou tout au moins plus éloignées du centre (le tissu cellulaire sous-cutané, les membres inférieurs, le scrotum, etc.). La hernie transforme en un canal réel, présentant une cavité et une paroi, le trajet en quelque sorte virtuel où elle s'engage, trajet qui présente presque toujours une direction oblique dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le point où la hernie rencontre les couches profondes de cette paroi pour s'y engager, prend le nom d'*orifice interne du trajet*; celui où elle s'échappe de la paroi après avoir traversé ses couches les plus superficielles, a reçu le nom d'*orifice externe du trajet*. Ces deux orifices sont le plus souvent circonscrits par des intersections aponévrotiques présentant une certaine rigi-

dité; de là les noms d'*anneaux interne* et *externe*, par lesquels on remplace parfois ceux d'orifices interne et externe. Dans leur intervalle, la hernie, cheminant dans l'épaisseur des parois de l'abdomen, éprouve en général moins de résistance. Le trajet de la hernie présentera donc fréquemment deux points rétrécis, correspondants aux endroits où elle s'engage dans la paroi abdominale et où elle en sort. Il résulte également de ce que nous venons de dire que presque toujours le trajet herniaire offrira des connexions importantes avec des vaisseaux et avec certains organes spéciaux.

En de certaines régions, notamment au niveau de la ligne blanche, il existe pourtant des espaces vides où la graisse sous-péritonéale se continue avec le tissu cellulaire sous-cutané, et au travers desquels le déplacement des viscères peut s'effectuer; le chemin parcouru par la hernie étant alors perpendiculaire à la paroi abdominale, dont l'épaisseur est presque nulle, il n'y aura plus ni trajet, ni anneaux, il n'existera plus qu'un orifice herniaire unique.

Les hernies dont le trajet répond à la première de ces variétés sont désignées sous le nom de *hernies obliques*, et l'on réserve le nom de *hernies directes* à celles qui ne présentent qu'un orifice sans trajet et dont la direction est perpendiculaire à la surface de la paroi abdominale.

De ce qui précède, il résulte que si certaines hernies, celles de la seconde variété surtout, peuvent arriver d'emblée à être sous-cutanées, la plupart éprouvent d'abord un temps d'arrêt au niveau de l'orifice interne du trajet; puis, cet orifice dilaté, la tumeur s'insinue dans le canal creusé à travers l'épaisseur de la paroi abdominale; enfin, la hernie éprouve un nouveau temps d'arrêt au moment de franchir l'orifice externe, et ce n'est qu'après avoir vaincu cette dernière résistance qu'elle se montre à l'extérieur.

On donne le nom de hernies *complètes* à celles qui ont complètement franchi la paroi abdominale et qui proéminent à l'extérieur sous forme de tumeur. Les hernies *incomplètes*, dans lesquelles l'intestin n'a franchi que les premières parties du trajet, se distinguent elles-mêmes en : *pointes de hernie*, lorsque l'orifice interne seul se laisse encore pénétrer, et en *hernies interstitielles, intrapariétales*, lorsque la hernie occupe l'épaisseur de la paroi abdominale, mais n'a pas encore franchi l'orifice externe.

Il reste à envisager les modifications que subissent le trajet herniaire et les anneaux sous l'influence des actions mécaniques répétées, produites par le frottement, la pression, l'issue et la rentrée des viscères. Quand, sur une hernie ancienne, on examine l'état des anneaux fibreux, on le trouve en général modifié de la façon suivante : L'orifice qu'il circonscrit est fort agrandi, déformé, et présente un contour circulaire bien différent de sa disposition normale. Les faisceaux fibreux ou tendineux qui le limitent sont comme dissociés, écartés les uns des autres, et offrent un défaut de résistance qui les rend impropres

à brider l'orifice et à devenir un agent d'étranglement. Si les deux orifices subissent la même transformation, l'agrandissement de leurs diamètres peut être tel que, séparés d'abord par un trajet oblique assez long, ils finissent par se correspondre, quelquefois même par se confondre : la hernie, qui d'abord était *oblique*, devient *directe*; au lieu de traverser un trajet, elle s'échappe par un seul orifice résultant de la coalescence des anneaux externe et interne.

L'atrophie graduelle de la paroi abdominale, la dilatation des orifices, la transformation celluleuse des tissus fibreux, modifications qui reconnaissent toutes pour cause les efforts répétés et la pression des viscères, suffisent à rendre compte des différences qui existent à ce point de vue entre les hernies récentes et les hernies anciennes.

Dans certaines régions où les ouvertures herniaires sont circonscrites par un tissu celluleux ou cellulofibreux, comme celui qui constitue le *fascia cribriformis*, on voit, dans les hernies anciennes, ces orifices celluloux se laisser distendre et s'effacer parfois complètement. Le trajet ne présente plus alors qu'un seul orifice, le moins résistant des deux ayant disparu sous l'influence de la distension progressive qu'il avait à subir.

Mais, dans des cas plus nombreux, l'action mécanique qu'exerce la hernie amène une transformation absolument inverse de ces orifices celluloux. L'irritation permanente transforme le tissu conjonctif en tissu fibreux qui participe, jusqu'à un certain point, aux propriétés du tissu inodulaire. Dense et rétractile, il constitue alors de véritables anneaux fibreux de nouvelle formation, que, par opposition aux anneaux naturels, résultant d'une disposition d'anatomie normale, on nomme *anneaux fibreux accidentels*. Nous aurons, à propos de l'étranglement herniaire, et spécialement de l'étranglement dans les hernies crurales, à revenir sur ces phénomènes anatomiques, qu'ont bien mis en lumière les travaux de Malgaigne et de Gosselin.

2° *Constitution de la hernie.* — La tumeur herniaire est constituée par des enveloppes qui renferment les organes déplacés.

A. ENVELOPPES. — Celles-ci se distinguent en enveloppes *externes*, formées par le soulèvement des plans celluloux et aponévrotiques qui recouvrent la hernie et la séparent de la peau, et en *sac herniaire*, sorte de poche péritonéale qui est en contact immédiat avec les viscères.

Il suffit d'inciser avec précaution, et couche par couche, les enveloppes d'une hernie pour arriver sur une membrane résistante, en général assez lâchement adhérente aux couches superficielles qui la recouvrent, dont le volume et la forme reproduisent ceux de la hernie, et que l'on désigne sous le nom de *sac herniaire*. En cherchant à suivre le sac vers les parties profondes, on le voit se continuer au travers de l'orifice ou du trajet herniaire avec une portion plus ou moins rétrécie.

Si l'on incise cette membrane, dont l'épaisseur est variable, on aperçoit la surface interne du sac; celle-ci est presque toujours lisse et

présente l'aspect d'une membrane séreuse. On peut suivre avec le doigt ou par la dissection cette surface lisse jusqu'aux orifices herniaires; la cavité offre en ce point un resserrement assez notable correspondant au calibre plus faible que présente la surface externe du sac. En pénétrant plus profondément encore, on franchit ce point rétréci, et l'on peut aisément se convaincre que la surface interne du sac se continue avec la face interne de la cavité du péritoine. Cette continuité du sac avec le péritoine devient manifeste quand on dissèque la membrane qui le constitue, quand on l'isole des enveloppes externes et de la paroi abdominale. On constate alors que le sac herniaire est en quelque sorte un diverticule de la cavité péritonéale; qu'il est formé par le péritoine pariétal refoulé au travers du trajet et des orifices herniaires par la pression des viscères.

On donne le nom de *collet* du sac à la portion rétrécie qui correspond au passage de la hernie au travers de la paroi abdominale. Le *corps* est cette partie du sac qui s'étale à l'extérieur, où elle rencontre moins de résistance et où elle peut acquérir des dimensions proportionnelles à la pression des viscères et au défaut de résistance que la membrane du sac elle-même oppose à la distension. Le *fond* du sac est la partie terminale de cette ampoule; il est en général tourné vers la peau et correspond à la partie la plus superficielle de la hernie.

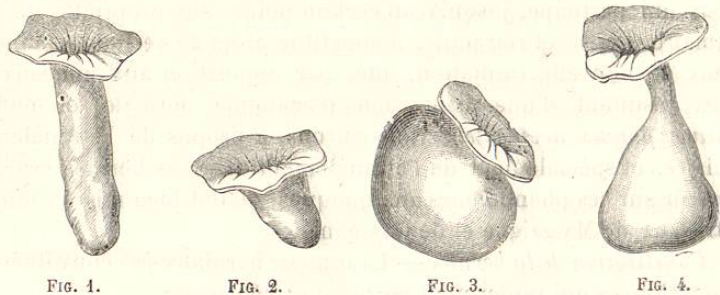


FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.

D'une manière générale, on peut dire que la forme des sacs herniaires est déterminée par la configuration du trajet qu'ils parcourent. J. Cloquet en a décrit plusieurs types principaux, sous les noms de sacs *cylindrique* (fig. 1), *conoïde* (fig. 2), *sphéroïdal* (fig. 3), *piriforme* (fig. 4). Mais nous verrons bientôt que ces diverses formes peuvent se modifier.

*Formation et évolution du sac.* — Il n'est plus nécessaire de discuter les opinions des auteurs anciens, qui admettaient que le péritoine se laisse traverser par l'intestin. Depuis les recherches anatomiques de J. L. Petit, de Pott, de Richter, de Ledran, etc., continuées par Scarpa, on sait que le péritoine, refoulé par la pression des viscères au travers du trajet herniaire, vient constituer à l'extérieur une sorte de diverticule de la cavité abdominale.

Voici comment on peut comprendre le mécanisme de la formation et de l'évolution du sac herniaire: Le péritoine qui recouvre l'orifice par où s'effectue la hernie, doublé par un tissu conjonctif lamelleux peu adhérent aux plans profonds des parois abdominales, le *fascia propria*, glisse sur les parties voisines de l'orifice herniaire, et vient s'engager dans le trajet sous forme d'un doigt de gant; lorsque l'évolution normale de la hernie l'a entraîné jusqu'au dehors des anneaux, il forme une cavité ampullaire dont le pédicule rétréci, communiquant avec l'abdomen, constitue le collet. Au niveau de ce point, la séreuse péritonéale, se trouvant à l'étroit, se fronce comme l'orifice d'une bourse dont on a serré les cordons. De là la formation de ces plis qui, sur des hernies récentes et en général peu volumineuses, s'observent au niveau du collet. Le sac ainsi constitué est formé *par glissement* ou *par locomotion* du péritoine.

Dans des cas plus rares, lorsque le péritoine adhère au pourtour de l'orifice herniaire, comme cela s'observe au niveau de l'orifice ombilical, la pression des viscères peut le déprimer, le distendre, mais non point l'entraîner par glissement dans le trajet herniaire. Le sac ainsi formé est constitué presque uniquement aux dépens de cette portion de la séreuse qui recouvrait originairement la surface externe de l'anneau: on dit alors que le sac est produit *par distension*. Cette variété de sac herniaire est remarquable par sa très-grande minceur, qui est due au mode particulier suivant lequel il s'est formé.

Il est probable, du reste, que ces deux processus s'associent jusqu'à un certain point dans la majeure partie des hernies, et que le péritoine, entraîné d'abord, grâce aux déplacements faciles que ses connexions avec les tissus sous-jacents lui permettent, se laisse au bout de quelque temps distendre par la pression excentrique des gaz contenus dans l'intestin, surtout lorsque la hernie est un peu volumineuse et qu'elle affecte la forme globuleuse. Cette distension, qui a lieu surtout au niveau du corps du sac et de son fond, explique la plus grande minceur que présentent souvent ces parties.

Tant que la hernie est petite, à l'état de pointe ou de hernie interstitielle, surtout si elle est récente, le sac ayant la forme d'une dépression en entonnoir ou en doigt de gant, il y a un pédicule, mais il n'y a pas de collet, à proprement parler.

Mais quand la hernie est ancienne; quand l'intestin, presque constamment maintenu dans le ventre par la pression du bandage, ne vient point journellement dilater le collet, effacer et distendre ses plis, on voit survenir des modifications signalées par Arnaud et Scarpa, puis bien décrites par J. Cloquet et Demeaux.

Le collet du sac paraît en général plus adhérent aux tissus environnants: le plus souvent il est épaissi, quoique parfois on le trouve plus mince; il s'est fait à sa surface externe un développement vasculaire assez considérable. Vient-on à couper les anneaux fibreux et à libérer

ainsi le collet de toute pression extérieure, il reste rétréci et résiste même aux efforts que l'on fait pour le dilater. Sa face interne, moins lisse que le reste du sac, montre en certains points des épaissements sous forme de plaques blanchâtres ou de tractus fibreux parallèles à l'axe du trajet herniaire, sortes de colonnes séparées par des sillons et des dépressions peu profondes. J. Cloquet, qui a le premier décrit cette disposition, a donné le nom de *stigmates* à ces dépressions, à ces tractus, où il voit les vestiges d'une sorte de travail inodulaire.

Personne ne croit plus actuellement à la transformation dartoïque du collet du sac, admise par Demeaux. Cet auteur avait été trompé par l'apparence extérieure de ce collet devenu plus vasculaire, turgescant et rougeâtre. Roustan (1) a montré l'origine de cette erreur, que les connaissances histologiques modernes rendent plus insoutenable encore; mais, tout en se trompant sur ce point de détail, Demeaux et J. Cloquet ont parfaitement indiqué la nature de ces transformations. Il s'agit d'une de ces phlegmasies chroniques qui s'observent constamment au niveau des organes déplacés et qui ont pour conséquence la formation et l'organisation d'un tissu fibreux accidentel. Du côté de la surface interne du collet, ce travail se traduit par une sorte de péritonite plastique et adhésive, grâce à laquelle les plis péritonéaux adhèrent les uns aux autres, et les dépressions qui les séparent sont comblées par le dépôt de produits plastiques qui s'organisent et constituent plus tard les stigmates. Au niveau des couches sous-péritonéales, l'inflammation lente détermine la transformation fibreuse, l'épaississement, la vascularisation et la rétraction du tissu cellulo-fibreux. Relativement à la cause de ce travail phlegmasique, Gosselin fait observer que ces modifications du collet se produisent le plus souvent sur de petites hernies habituellement contenues, et il attribue un rôle considérable à l'irritation déterminée par la pression des bandages. Il nous semble qu'il faut joindre à cette cause l'influence si manifeste que le déplacement pathologique d'un organe exerce sur la transformation du tissu celluleux en tissu fibreux, et dont on trouve des preuves dans l'histoire des luxations traumatiques ou spontanées, des fractures avec déplacement, des anévrysmes, des tumeurs et d'autres lésions pathologiques des plus variées.

Les *enveloppes extérieures* du sac, c'est-à-dire les couches formées par le refoulement des plans anatomiques qui recouvrent l'orifice herniaire, subissent également de notables modifications. On se tromperait beaucoup si l'on comptait retrouver par la dissection toutes ces couches celluluses et aponévrotiques avec les caractères et dans l'ordre de superposition qu'elles présentent chez les individus sains. En effet, les enveloppes extérieures se montrent tantôt épaissies et adhérentes les unes aux autres, tantôt amincies : les plans qui les composent sont fréquem-

(1) *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843, t. 1.

ment séparés par des amas de graisse, plus rarement par des cavités remplies par un liquide en général peu abondant et constituant de véritables kystes, sur le mode de formation desquels nous insisterons avec quelques détails.

La graisse que l'on rencontre souvent en abondance au milieu des enveloppes extérieures provient de deux origines différentes. Tantôt elle n'est due qu'à une accumulation anormale de tissu adipeux entre les enveloppes extérieures; tantôt c'est plus profondément, entre les enveloppes extérieures et le sac, que la graisse se trouve réunie en une masse plus ou moins considérable. Celle-ci, formée de plusieurs pelotons adipeux, unis les uns aux autres, et présentant souvent une apparence lobulée, revêt les caractères d'un lipome. Elle n'adhère que faiblement aux couches superficielles, tandis qu'elle offre avec la surface antérieure du sac des connexions beaucoup plus intimes. On donne le nom de *lipome herniaire* à cette disposition qu'on a tour à tour invoquée pour expliquer le mode de production ou la guérison spontanée des hernies.

Les cavités séreuses que l'on rencontre dans les enveloppes extérieures ont une certaine importance : car, dans l'opération de la hernie étranglée, ils peuvent induire en erreur le chirurgien qui croit avoir sous les yeux la cavité du sac herniaire, alors qu'il a simplement ouvert une collection liquide située en avant de lui.

Sans parler des *kystes du cordon* qui peuvent compliquer le diagnostic des hernies inguinales, on peut rencontrer une autre variété de kystes constituée par l'accumulation de liquide dans un sac herniaire déshabité, dont l'orifice de communication avec le péritoine est oblitéré ou en voie d'oblitération. Nous avons désigné (1), en 1865, ces kystes sous le nom de *kystes sacculaires* ou de *pseudo-kystes sacculaires*, suivant que la communication avec le péritoine était ou non complètement interceptée. Voici comment il faut comprendre leur formation : Lorsque la hernie est habituellement contenue, le collet du sac, obéissant à un travail de rétraction fibreuse, comparable au processus cicatriciel, se rétrécit et perd son extensibilité. On conçoit que ce travail puisse aller jusqu'à ne laisser subsister au niveau du collet qu'un canal tout à fait insuffisant pour permettre le passage de l'intestin, ou même jusqu'à l'oblitération complète du collet. La hernie serait alors guérie, si les portions du péritoine situées au-dessus du pédicule de la hernie, cédant à leur tour à la pression des viscères, ne s'introduisaient dans le trajet herniaire, constituant ainsi un nouveau sac derrière le premier, qu'elles refoulent en avant. Ce sac, dont la communication avec le péritoine est oblitérée ou réduite aux proportions les plus faibles, peut alors devenir le siège d'un épanchement liquide, et se transformer ainsi en un kyste complètement clos (*kyste sacculaire*) ou communiquant encore avec le

(1) *Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne*, thèse de Paris, 1865.

péritoine par un canal ou un orifice étroit (*pseudo-kyste sacculaire*), qui ne permet même pas toujours le passage du liquide de la poche dans l'abdomen.

Enfin, l'origine du kyste est parfois purement accidentelle. La pression longtemps soutenue d'un bandage peut déterminer au-devant d'une hernie un *hygroma* véritable, analogue à ces bourses séreuses accidentelles que l'on voit se développer en des régions déterminées, sous l'influence de frottements répétés, chez les individus soumis à des causes prédisposantes professionnelles.

*Variétés anatomiques tenant à la disposition des enveloppes.* — Les dispositions plus ou moins insolites que nous venons de passer en revue constituent déjà des variétés anatomiques rares, dues à l'existence au devant du sac de produits pathologiques (*lipomes, kystes*) contenus dans les enveloppes extérieures.

Mais les variétés anatomiques les plus nombreuses et les plus intéressantes tiennent sans contredit à la disposition du sac lui-même, disposition qui présente un nombre considérable d'anomalies.

1° *Le sac herniaire peut faire absolument défaut ou ne recouvrir la hernie que dans une partie de son étendue.*

*a.* Le sac herniaire peut manquer par le fait d'un arrêt de développement du péritoine pariétal qui ne s'est pas formé; nous mentionnons seulement cette malformation, sur laquelle nous insisterons en détail dans le chapitre consacré aux hernies ombilicales congénitales.

*b.* Le sac fait encore défaut lorsque les viscères qui font issue, étant dépourvus de revêtement péritonéal complet, ou lâchement unis au feuillet pariétal de cette séreuse qui ne leur forme qu'une enveloppe incomplète, glissent en quelque sorte entre le péritoine pariétal et la paroi abdominale jusqu'à l'orifice herniaire où ils s'engagent. Tantôt, en pénétrant dans le trajet herniaire, ils se coiffent en partie seulement du péritoine : le sac est alors incomplet, ainsi qu'on l'observe dans le plus grand nombre des hernies de la vessie; tantôt le viscère, au lieu de se coiffer même incomplètement du péritoine et de le refouler devant lui, l'attire à sa suite, et le sac est en quelque sorte situé derrière l'organe hernié; dans ce sac ainsi constitué peut même s'introduire une anse intestinale : c'est ce que l'on observe encore dans certaines hernies de la vessie. Enfin l'organe hernié peut laisser en arrière le péritoine, qui ne prend alors aucune part à la constitution de la hernie. Richet rapporte un fait dans lequel le cæcum faisait partie d'une hernie crurale qui était absolument dépourvue de sac.

2° *Le sac herniaire est plus ou moins résistant.*

Indépendamment des différences que l'on observe à cet égard entre les sacs produits par distension et les sacs dus au glissement du péritoine, quelques-uns présentent aussi une épaisseur très-variable dans leurs différents points, et, au niveau des parties faibles, la membrane

qui les constitue s'étant laissé distendre, le sac offre des bosselures qui sont parfois assez marquées pour lui donner une apparence bi- ou trilobée (fig. 5).

3° *Le sac, au lieu de posséder un seul collet, peut en présenter deux ou même plusieurs.*

L'origine de ces collets multiples peut tenir à des causes très-différentes. Parfois le trajet herniaire est pourvu de deux anneaux qui, résistant à l'action qu'exerce sur eux la hernie, finissent par déterminer à la surface du sac deux rétrécissements entre lesquels la portion du sac herniaire correspondant au trajet interstitiel, moins soutenue, se laisse distendre et offre une ampliation plus ou moins considérable.

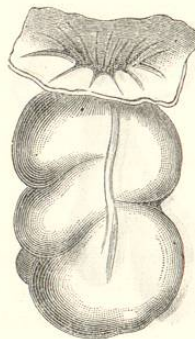


FIG. 5. — Sac bosselé.

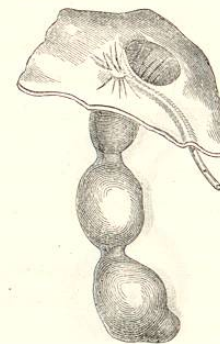


FIG. 6. — Sac à collets multiples.

Le plus souvent la disposition que nous indiquons reconnaît une autre cause. On sait en effet que les anneaux fibreux sont modifiés par l'action mécanique qu'exerce sur eux la hernie, que l'un d'eux disparaît, ou qu'ils finissent par se confondre pour ne plus former qu'un orifice herniaire unique. Comment, dans ce cas, expliquer la formation de collets multiples? Obéissant à la puissance rétractile dont il est doué, le collet du sac met obstacle à l'arrivée de portions nouvelles d'intestin et à l'accroissement de la hernie. Mais la pression intra-abdominale, qui tend sans cesse à chasser par l'orifice herniaire le contenu de la cavité péritonéale, refoule alors plus avant le collet, derrière lequel de nouvelles portions du péritoine vont former un sac nouveau, pourvu bientôt d'un nouveau collet correspondant à l'anneau fibreux qu'occupait le collet primitif avant qu'il eût été poussé vers des couches plus superficielles : celui-ci n'en conserve pas moins ses caractères et surtout son inextensibilité. Le sac présente donc deux renflements et deux collets, auxquels pourra s'ajouter par le même mécanisme un troisième collet superposé aux précédents. La hernie est alors composée de segments alternativement dilatés et rétrécis, qui lui donnent l'aspect moniliforme auquel elle doit le nom de *hernie en chapelet* (fig. 6).

4° Le sac peut être double, et cette classe comprend plusieurs variétés d'anomalies.

a. Parfois le sac, aminci en un point, se laisse distendre, et la bosse-lure qui provient de son ampliation partielle se transforme peu à peu en un véritable sac diverticulaire.

b. On peut voir une bride fibreuse ou vasculaire, placée en travers du chemin de la hernie, faire saillie au niveau du fond du sac, qu'elle déprime et auquel elle donne un aspect bilobé (fig. 7). Ou bien le sac, rencontrant dans sa marche plusieurs orifices creusés en quelque sorte dans un plan résistant qui l'arrête, peut y pousser un certain nombre de prolongements. C'est ce qui paraît avoir lieu dans cette sorte de hernie crurale décrite par Legendre sous le nom de *hernie de Hesselbach*.



FIG. 7. — Sac bilobé.



FIG. 8. — Sac double.

c. Enfin, deux hernies peuvent sortir par le même orifice, chacune d'elles possédant un sac et son collet indépendant (fig. 8). Ainsi on a signalé la coexistence du même côté d'une hernie inguinale externe et d'une hernie inguinale directe. Les deux collets, accolés l'un à l'autre, étaient séparés par l'artère épigastrique (P. Berger).

d. La variété la plus importante et aussi la plus rare a été désignée sous les noms de *hernie pro-péritonéale, diverticulaire, pariéto-crurale* ou *pariéto-inguinale, rétro-péritonéale-pariétale, en bissac, interstitielle*, etc. D'abord signalée et figurée par Froriep, puis par Parise qui en a réuni et communiqué, dans un travail présenté à la Société de chirurgie en 1852, trois remarquables exemples, cette anomalie a été l'objet de considérations intéressantes de la part de plusieurs chirurgiens étrangers, tels que Dittel, Baer, Fieber, Mosetig, E. Richter, Streubel, Kronlein. Voici en quoi consiste cette anomalie, sur laquelle nous aurons à revenir.

Le sac herniaire se compose de deux parties : l'une, occupant le trajet herniaire, comme de coutume, est pourvue d'un collet ; l'autre, située plus profondément, entre la couche profonde de la paroi abdominale et le péritoine pariétal, communique d'une part avec le sac superficiel par le collet de celui-ci, et d'autre part avec la cavité abdominale par

un orifice souvent fort étroit et qui constitue en réalité le véritable collet de la hernie.

Le mécanisme qui donne lieu à la production de ces sacs est fort obscur et a donné lieu à des interprétations diverses. Ce n'est guère que lorsqu'elle s'étrangle que l'on a l'occasion d'observer cette variété de hernie ; aussi certains auteurs ont-ils admis qu'il ne s'agissait là que d'une réduction en masse dans laquelle le taxis avait refoulé au delà de l'anneau et sous le péritoine pariétal lui-même une partie du sac renfermant l'intestin étranglé et le collet, qui, dans ces cas, est l'agent réel de l'étranglement. Mais l'examen anatomique des pièces, qui démontre que le sac sous-péritonéal est de formation ancienne, qu'il a contracté avec le péritoine pariétal des adhérences solides, dément cette opinion.

Observant que les hernies qui présentent cette disposition sont fréquemment des hernies congénitales, que les sacs sous-péritonéaux diverticulaires s'observent presque exclusivement à la région inguinale, d'autres auteurs, et surtout Linhart, Baer, Kronlein, attribuent à un vice de conformation la production de cette anomalie. Il existerait souvent, aux environs de l'orifice inguinal interne, des diverticules péritonéaux (Rokitansky, W. Gruber, Linhart, Hartung, en ont observé des exemples) qui pourraient donner accès à l'intestin et devenir le point de départ de l'évolution insolite de la hernie. Cette manière de voir est certainement fort ingénieuse, mais elle n'explique que les faits où il s'agissait de hernies congénitales. Elle ne peut rendre compte de la production du sac pro-péritonéal en dedans de l'orifice crural, ainsi que Streubel en a observé un exemple.

La manière la plus simple d'envisager le mode de formation de ces sacs insolites a été donnée par Gosselin. Sous l'influence de pressions répétées, exercées en masse sur la tumeur, soit avec la main, soit au moyen d'un bandage, le collet du sac, lâchement adhérent au trajet herniaire, l'abandonne peu à peu et regagne l'intérieur du ventre, entraînant derrière lui la partie supérieure du sac, dont une portion peut encore rester comprise dans le trajet, dont l'autre vient se loger entre le péritoine pariétal qu'elle refoule et la paroi abdominale ; puis le sac est bientôt fixé dans cette position anormale par des adhérences qui l'unissent à la paroi abdominale ou au péritoine.

5° Jules Cloquet a désigné sous le nom de *sac à appendice renversé* (fig. 9) un sac présentant sa disposition habituelle, mais au fond duquel on trouve un orifice communiquant avec un ancien sac déshabité, accolé et aplati en quelque sorte contre le sac nouveau. Ce sac ancien est renversé : son fond, adhérent, est resté voisin de l'orifice herniaire ; son collet,

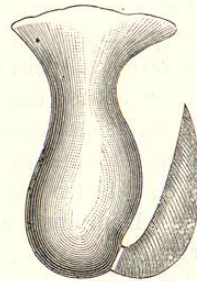


FIG. 9. — Sac à appendice renversé.

à moitié oblitéré, a été entraîné en bas avec le fond du nouveau sac. On voit que cette anomalie est une variété de sacs à collets multiples.

6° Enfin on trouve parfois sur le cadavre un sac herniaire extrêmement étroit, généralement peu profond, incapable de loger une portion même de la circonférence d'une anse intestinale ou de l'épiploon, tandis que sa face externe, en rapport avec une éraillure des aponévroses abdominales ou un orifice herniaire, est recouverte par une masse grasseuse présentant souvent les caractères d'un lipome herniaire.

Cette disposition a été invoquée et l'est encore pour expliquer le mode de production d'un certain nombre de hernies. Les auteurs qui adoptent cette opinion considèrent ces prolongements péritonéaux comme de véritables sacs herniaires préexistants, entraînés hors des parois abdominales par la traction qu'exerce sur eux le lipome herniaire dont ils sont en quelque sorte doublés.

Cependant Ambroise Paré avait donné de cette disposition anatomique une explication toute différente, le prolongement péritonéal n'étant pour lui que le reste d'un sac herniaire d'où l'intestin aurait été chassé par le développement exagéré de la graisse sous-péritonéale. Bernutz, en 1846, dans sa thèse, a repris, en la modifiant, cette ingénieuse idée. Suivant lui, il s'agit bien dans ces cas de hernies en voie de guérison spontanée; mais la pression exercée par la graisse sous-péritonéale n'entrerait pour rien dans le retrait du sac; celui-ci s'opérerait sous l'influence des causes qui d'ordinaire le produisent, et la graisse viendrait simplement combler le vide. L'opinion d'Ambroise Paré, de même que l'interprétation un peu différente que Bernutz a donnée du même phénomène, ne repose évidemment que sur d'ingénieuses considérations, tandis que l'opinion qui fait de ces sacs en miniature une disposition préexistant à la hernie et favorisant sa production est fondée, pour quelques cas au moins, sur des observations précises.

Nous avons déjà signalé les anomalies du sac tenant à son oblitération totale ou partielle, à sa transformation kystique. Nous pourrions décrire encore des sacs insolites par leur siège et par leurs rapports, mais leur énumération ne peut être faite avec détail et d'une manière intelligible que dans l'étude des hernies en particulier à laquelle elle se rapporte.

B. PARTIES CONTENUES DANS LA HERNIE. — D'après Cruveilhier, tous les organes contenus dans l'abdomen, à l'exception du pancréas et des reins, ont été trouvés déplacés et compris dans les hernies les plus diverses. L'épiploon et l'intestin grêle tiennent le premier rang parmi les organes déplacés; puis viennent, par ordre de fréquence, l'S iliaque, le colon transverse, le cæcum. Enfin on voit l'ovaire et les trompes, la vessie, l'utérus, l'estomac, le foie, le duodénum, s'engager dans des hernies. Ces derniers organes ne se rencontrent guère que dans des hernies affectant un siège spécial, présentant des conditions étio-

giques particulières. Leur présence communique à la tumeur qui les renferme des caractères importants au point de vue de la sémiologie et du diagnostic.

Nous nous bornons ici à étudier les hernies intestinales et intestino-épipliques. Celles-ci renferment, suivant leur volume, une ou plusieurs anses d'intestin grêle, ou bien une portion seulement de la circonférence de cet organe, dont le bord mésentérique reste dans la cavité péritonéale. Gosselin nomme ces hernies, *hernies avec anse incomplète*; d'autres auteurs les ont désignées sous le nom de *pincement latéral de l'intestin*, mais cette dénomination doit être réservée pour les cas de hernie avec anse intestinale incomplète étranglée.

Une question jusqu'à présent insoluble est celle de savoir si, dans une même hernie, c'est toujours ou à peu près toujours la même portion d'intestin qui s'engage. Différents faits peuvent le faire supposer. Ainsi, sur des sujets atteints de hernie volumineuse, on trouve parfois le mésentère épaissi et allongé dans tout l'espace correspondant à une anse intestinale qui probablement est celle qui s'introduit le plus communément dans la hernie. Malgaigne a insisté sur une disposition curieuse que présente parfois une anse intestinale au niveau de certains sacs préexistants très-étroits. Cette anse s'engage partiellement d'abord, puis, à mesure que le sac s'allonge, la portion engagée s'étire pour former une sorte de diverticule qui peut acquérir une certaine longueur.

En dehors de complications véritables, l'anse ou les anses intestinales contenues dans la hernie se présentent avec tous leurs caractères normaux. Dans l'intérieur même du sac, elles sont plus ou moins affaissées et revenues sur elles-mêmes; elles reprennent leur calibre habituel dès qu'on les a replacées dans le ventre. Toutes les fois qu'on trouve un épaississement, du dépoli, des adhérences de la surface intestinale, ces lésions révèlent l'existence d'inflammations antérieures ou d'accidents analogues.

Quant à l'épiploon contenu dans la hernie, il est souvent modifié dans sa consistance et dans son aspect. Il a perdu sa souplesse, il ne peut se déplier pour s'étaler en membrane extensible et mince; on y trouve des bosselures qui rappellent au toucher la sensation que donnent certains lipomes, et qui sont constituées par des accumulations de graisse ou par des dépôts plastiques ayant acquis une dureté fibreuse. Souvent la portion d'épiploon contenu dans le fond du sac est renflée, et comme son diamètre dépasse le calibre du collet du sac, comme elle a perdu sa souplesse et son extensibilité, on éprouve une certaine difficulté à la réduire, parfois même on n'y peut parvenir. Presque toujours, quand l'épiploon est ainsi modifié, il présente des adhérences totales ou partielles avec la face interne du sac. Celles-ci, bien différentes de celles qui se produisent sur les anses intestinales herniées, s'établissent à la longue, sans que leur développement soit accompagné des signes qui