

Autrefois on admettait que la production d'une hernie s'accompagnait de la déchirure du péritoine, et que l'intestin sortait, par conséquent, par un orifice de la séreuse. Mais les recherches anatomo-pathologiques nous ont appris qu'une telle déchirure ne s'observe jamais dans les hernies de cause non traumatique, et que les viscères sortent de l'abdomen coiffés d'une enveloppe formée par le péritoine. Sans vouloir rien préjuger relativement à la pathogénie des hernies, nous admettons pour le moment que les viscères refoulent devant eux le péritoine, le dépriment en forme de doigt de gant, et viennent se loger dans le sac herniaire ainsi constitué.

Mais les viscères peuvent également faire hernie au dehors, à travers des orifices des parois musculo-tendineuses de l'abdomen qui ne sont pas situés dans l'intérieur de la cavité abdominale, dans le sens le plus rigoureux du mot, c'est-à-dire dans l'intérieur d'une cavité tapissée par le péritoine. Dans ces cas exceptionnels que nous aurons encore à spécifier, dans notre étude du contenu des hernies (hernies du cœcum, de la vessie), le viscère hernié est dépourvu de sac séreux. Le plus souvent, d'ailleurs, c'est alors seulement une petite partie de la hernie qui n'est pas entourée par le péritoine, à savoir celle qui, dans l'abdomen, constitue la portion extrapéritonéale du viscère hernié; l'autre partie plus considérable est pourvue d'une enveloppe péritonéale.

La tumeur herniaire refoule devant elle non seulement le péritoine, mais encore toutes les parties molles dont elle se revêt en sortant de la cavité abdominale. Ce sont ces parties qui, dans la hernie crurale, en particulier, constituent ce que COOPER le premier avait désigné sous le nom de *fascia propria*. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet dans notre étude spéciale des différentes espèces de hernies. On désigne aussi ces couches de tissu sous le nom d'*enveloppes accessoires* du sac herniaire.

§ 79. — Nous voulons maintenant examiner plus en détail, au point de vue anatomique et mécanique, les différentes parties qui, d'après les considérations précédentes, appartiennent à la hernie typique, c'est-à-dire à celle dont la cause n'est pas un traumatisme dans le sens strict du mot. Nous ferons ici, provisoirement, abstraction de l'étude de l'anneau musculo-tendineux de la paroi abdominale, c'est-à-dire de l'orifice qui livre passage au sac herniaire; nous renvoyons la description de cet orifice à la partie de ce chapitre consacrée aux différentes espèces de hernies (inguinale, crurale, etc.), et nous passons immédiatement à l'étude du **sac herniaire**.

Dans les régions qui sont habituellement le siège des hernies, c'est-à-dire au niveau de la portion pelvienne du péritoine et des parties avoisinantes de la paroi antérieure de l'abdomen, le péritoine n'est ordinairement uni que d'une façon lâche aux parois abdominales. Un tissu conjonctif à larges mailles, qui, en certains endroits, renferme, en outre,

des amas plus ou moins considérables de lobules adipeux, permet au péritoine de se déplacer peu à peu dans la direction des téguments abdominaux, à condition qu'il existe un point faible des parois sur lequel s'exerce pendant longtemps une violence quelconque dirigée de dedans en dehors. Il se produit tout d'abord une dilatation en forme de conque (pointe de hernie, MALGAIGNE), qui, peu à peu, devient un sac contenant des viscères. Une preuve anatomique que le sac herniaire est dû vraiment au refoulement d'une portion plus ou moins étendue du feuillet pariétal du péritoine à travers un orifice des parois abdominales, c'est que l'on trouve à l'endroit où le sac franchit cet orifice des plis rayonnés de la séreuse qui convergent vers le centre de l'ouverture, et se produisent de la même manière que ceux d'une large bourse dont on serre le cordon. Dans la suite, ces plis se soudent entre eux, grâce à une légère inflammation adhésive de la séreuse, et ils finissent ainsi par s'effacer complètement. Le sac herniaire se trouve alors rétréci à son passage à travers l'orifice abdominal, et la longueur de la partie rétrécie varie avec la longueur de l'orifice. C'est cette partie que l'on désigne sous le nom de **collet du sac**. L'accroissement ultérieur de la hernie, en tant qu'elle n'est pas maintenue par un bandage, s'opère sous l'influence de la pesanteur et du degré variable de réplétion de la portion d'intestin contenue dans le sac herniaire. Dans cette augmentation de volume, il s'agit non pas simplement d'un allongement continu de la partie herniée du péritoine, mais bien aussi d'une extension progressive du sac herniaire par voie de néoplasie inflammatoire. Le péritoine qui forme le sac herniaire présente habituellement des altérations. Il est rare de le trouver notablement aminci; il en est ainsi particulièrement dans les hernies très volumineuses, grâce à la pression qu'exerce de tous côtés leur contenu sur le sac herniaire. Par contre, les **épaississements inflammatoires du sac** sont beaucoup plus fréquents, et ils sont assez souvent la conséquence d'une irritation due à la pression du bandage. Mais, abstraction faite de cette cause, les altérations locales inflammatoires du sac herniaire sont très fréquentes; elles intéressent aussi bien le collet que le corps du sac. Ces épaississements sont tantôt réguliers, tantôt plus ou moins irréguliers. Dans le premier cas, le sac herniaire est épaissi d'une manière générale, tandis que dans la forme irrégulière on trouve des foyers d'épaississement parfois limités à une petite portion du sac, ou bien l'augmentation du tissu conjonctif occupe une étendue plus grande, en formant des plaques séparées par des parties plus minces. Par suite de la résistance inégale qu'opposent à la pression de l'intestin les différentes parties du sac herniaire, il se forme des dilatations locales qui deviennent de **véritables sacs herniaires secondaires** avec une portion rétrécie ou collet. La forme du sac herniaire peut être aussi altérée par un épaississement circulaire. C'est ainsi que le sac se rétrécit sur l'un ou l'autre point, lorsque, dans son épaisseur ou dans le domaine du fascia propria,

se forment des cordons annulaires ou semi-lunaires fortement tendus. Cependant la forme en sablier du sac herniaire est due habituellement à une autre cause. D'une part, le trajet de la hernie à travers la paroi abdominale peut avoir une certaine longueur, comme par exemple dans la hernie inguinale externe ; tandis que les anneaux interne et externe sont très étroits, la partie du sac comprise dans le canal inguinal peut se dilater. Mais la forme en sablier du sac herniaire complètement développé, reconnaît encore plus souvent une autre cause ; en effet, le collet du sac peut se détacher peu à peu du trajet avec les parois duquel il se trouvait en contact, soit qu'il ait été refoulé en dedans ou attiré au dehors ; une nouvelle partie du péritoine arrive alors en contact avec les parois du trajet, et il se forme à ce niveau un nouveau collet. Si le même fait se reproduit, on se trouve en présence de **sacs herniaires multiples** rangés les uns à la suite des autres en forme de chapelet. Les compartiments inférieurs ont alors une grande tendance à s'atrophier, par suite de la soudure de leur collet ; tantôt leur cavité s'oblitére alors complètement, tantôt elle devient le siège d'un kyste.

Ce mode de guérison ne se rapporte guère qu'à une partie de la hernie, et à une partie relativement sans importance ; cependant il est certain que l'on peut voir se guérir d'une façon analogue des hernies dont le sac ne présente pas la forme d'un sablier. La guérison par soudure secondaire du prolongement vaginal du péritoine resté ouvert, est même la règle dans la forme fréquente de hernie inguinale que nous n'avons pas prise en considération, jusqu'ici, dans notre description, parce que son sac herniaire est *physiologiquement préformé*. Après la période de l'enfance, la guérison des hernies est rare ; cependant on a observé des cas de soudure du collet du sac avec oblitération secondaire de ce dernier, ou formation de kystes aux dépens du sac qui avait cessé d'être en relation avec la cavité abdominale. Parfois l'orifice interne du sac ne s'oblitére pas complètement ; il reste une petite ouverture qui conduit dans un canal central étroit. On observe alors, dans le tissu sous-séreux du sac herniaire, une abondante formation de tissu adipeux. Ce dernier entoure le sac et contribue ainsi à le faire disparaître peu à peu. (CLOQUET, WERNHER.)

§ 80. — Nous avons encore à insister ici particulièrement sur cette **formation de graisse dans le tissu sous-séreux**. Nous avons déjà rappelé plus haut que le tissu sous-séreux se charge de graisse surtout abondamment dans les points où le péritoine se trouve soumis à des déplacements relativement considérables, par exemple dans la région de la vessie et dans la cavité pelvienne. Elle s'accumule également dans le voisinage des vaisseaux, surtout dans les endroits où ces derniers traversent les parois abdominales. Il en est ainsi aussi bien des canaux typiques, comme le trajet inguinal, que des simples orifices de passage des vaisseaux (anneau crural) ; tels sont, en outre, le voisinage des veines ombilicales

oblitérées et les orifices vasculaires inconstants que l'on observe le long de la ligne blanche. Lorsque ces amas graisseux dont le volume est très variable, sont saillies à l'extérieur par l'une des ouvertures que nous venons de mentionner, ils constituent une tumeur, parfois réductible, et pouvant simuler une véritable hernie. Mais ils n'ont réellement quelque importance que par le fait de leurs relations avec les sacs herniaires et les hernies. Ces sortes de « **lipomes du tissu sous-séreux** » sont assez souvent en relation avec la cavité abdominale par un pédicule essentiellement constitué par un vaisseau qui se dirige du côté du péritoine ; c'est souvent précisément au point d'insertion de ce pédicule que le péritoine s'engage dans le canal qu'a déjà franchi le lipome. Ce phénomène est particulièrement fréquent dans les hernies crurales ainsi que dans les hernies inguinales internes et obturatrices. Peu à peu se forme ainsi, en arrière du lipome sous-séreux, un sac herniaire complet.

Si d'une part, comme nous le verrons encore à propos de la pathogénie des hernies, nous devons faire jouer un certain rôle au tissu adipeux dans la formation des sacs herniaires, d'autre part ce tissu offre certaines relations bien déterminées avec la guérison de la hernie elle-même. Dans le tissu sous-séreux d'un sac herniaire dont le contenu est maintenu réduit régulièrement et pendant longtemps par un bandage, s'accumule peu à peu de la graisse en quantité de plus en plus grande. Par suite du dépôt de couches successives de graisse à la face externe du péritoine, la cavité du sac herniaire se rétrécit de plus en plus et elle peut même s'oblitérer complètement, ou bien il reste un canal étroit en communication avec la cavité abdominale, canal qui peut se transformer en un kyste lorsqu'il cesse de communiquer avec cette dernière. Une preuve que, dans un certain nombre de cas, les choses se passent bien réellement de cette manière, c'est l'aspect cicatriciel de la paroi interne de la cavité abdominale, l'existence d'une cicatrice étoilée au point correspondant à l'ancien orifice du sac herniaire (CLOQUET, WERNHER, ANANDALE).

Cette formation de tissu adipeux autour de hernies dont le contenu a été longtemps maintenu réduit par un bandage, on l'observe également lorsqu'un **sac herniaire** a été refoulé dans la cavité abdominale soit par des manœuvres de réduction, soit par la pression continue d'une pelote. Des cas de ce genre n'ont du reste été observés qu'en petit nombre, et les pièces anatomiques qui s'y rapportent ne sont pas toujours de nature à entraîner la conviction. Cependant le processus en question se comprend très bien si l'on songe que la réduction de ces petits sacs herniaires dans la cavité abdominale met ces derniers dans de très bonnes conditions pour la production de tissu adipeux dans leur voisinage. Enfin il nous reste à mentionner une quatrième possibilité, à savoir le développement de **lipomes pédiculés intra-péritonéaux**. Ces derniers qui ont été déjà décrits autrefois, ont été observés de nouveau dernièrement (FLEURY), et le mécanisme de leur production est très facile à comprendre. Lorsque de la graisse s'accumule dans un point circonscrit du tissu sous-séreux, et que des obstacles s'opposent au développement du lipome vers l'extérieur, ce dernier peut refouler devant lui le péritoine, et la petite tumeur graisseuse ainsi coiffée de la séreuse tend à se former un pédicule qui s'allonge