

peu à peu (**lipoma pendulum**). Des lipomes intra-péritonéaux peuvent d'ailleurs se développer, soit librement dans la cavité abdominale pour pénétrer ensuite dans le sac herniaire préexistant, soit dans l'intérieur du collet du sac ou dans le sac herniaire lui-même. C'est principalement au niveau du canal inguinal que l'on a décrit des lipomes de ce genre. On observe ici une production locale de tissu adipeux dans le voisinage du cordon, et comme le lipome rencontre moins de résistance du côté du collet du sac que du côté des parois du canal inguinal, il refoule le premier en doigt de gant, et forme dans l'intérieur du collet une tumeur pédiculée; puis, sous l'influence des mêmes causes qui chassent l'intestin dans le sac herniaire, le pédicule s'allonge et le lipome arrive peu à peu jusque dans la cavité du sac. Dans cette dernière forme de tumeur graisseuse on devra, du reste, user de grandes précautions pour ne pas la confondre avec des brides épiploïques séparées du reste de l'épiploon, soudées aux parois du sac et dégénérées.

Les conditions anatomiques que nous venons d'esquisser ont été en grande partie exposées déjà par CLOQUET. Dernièrement WERNHER en a fait de nouveau l'objet d'une étude approfondie.

§ 81. — Les **enveloppes externes** du sac herniaire varient extrêmement suivant le volume, l'âge de la hernie et le traitement qui a été suivi (bandage herniaire). Une hernie récente possède, outre le sac péritonéal, des enveloppes constituées par toutes les parties des téguments qu'elle a rencontrées sur sa route, et parfois il est possible d'en reconnaître les différentes couches le bistouri à la main. Cette stratification des téguments ne tarde pas à se perdre, et plus tard on ne peut plus guère distinguer que deux couches de tissu conjonctif sur le sac herniaire lui-même. La première couche est celle qu'emporte avec lui le sac herniaire à son passage à travers l'ouverture des parois abdominales, et elle consiste dans du tissu sous-séreux épaissi par inflammation. Il n'est point sans importance d'attirer ici l'attention sur cette couche connue sous le nom de **fascia péritonéal ou sous-séreux**, dont certaines parties peuvent par leur tension, surtout dans la hernie inguinale, constituer de véritables anneaux d'étranglement. Ces derniers appartiennent aux couches externes du sac herniaire lui-même; néanmoins il est possible de les débrider sans ouvrir le sac. La seconde couche forme souvent, surtout dans les vieilles hernies crurales, mais également dans les hernies inguinales, un sac relativement épais à surface interne lisse, parfois assez mobile sur le sac herniaire lui-même, dont on peut, dans la plupart des cas, facilement le séparer. Cette couche aponévrotique qui s'insère au bord externe de l'anneau, a été décrite d'abord par A. COOPER dans la hernie crurale. LINHART a ensuite démontré qu'elle existe d'une façon analogue dans la hernie inguinale; aussi a-t-il admis avec raison l'existence d'une aponévrose (**fascia propria**) s'insérant sur le bord de l'orifice externe du canal inguinal. Ainsi donc les enveloppes d'une hernie de dehors en dedans sont constituées par la peau, le tissu conjonctif sous-

cutané, une aponévrose propre et le fascia sous-séreux (fascia peritonei), lequel, il est vrai, est étroitement appliqué contre le sac herniaire. Cette dernière enveloppe aponévrotique est formée par les couches inconstantes du tissu sous-séreux, lesquelles tapissent également, dans la cavité péritonéale, la face externe du péritoine.

Tandis que, d'ordinaire, ces différentes couches s'épaississent avec le temps, et que la peau surtout, par suite de la pression de la pelote du bandage, devient parfois épaisse et indurée, par contre on observe dans certains cas un *aminçissement considérable des enveloppes accessoires*, et quelque fois aussi du péritoine. Ces faits anatomiques sont de la plus grande importance, lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération de la hernie étranglée.

Pour terminer nous voulons encore signaler le fait que l'on observe des **tumeurs kystiques** sur ou dans le sac herniaire. Nous avons déjà fait mention de la transformation kystique du sac herniaire lui-même; aussi nous contenterons-nous d'insister ici sur la coexistence possible de la hernie avec l'hydrocèle. Mais abstraction faite de ces kystes, il en existe d'autres qui n'ont rien de commun avec la hernie et se trouvent situés au devant de cette dernière. Ces cas relativement rares ont été rapportés, du moins en partie, à la formation de kystes lymphatiques, car on a constaté que la petite cavité remplie d'un liquide albuminoïde était en relation avec une glande lymphatique. Pour les tumeurs très volumineuses s'étendant jusqu'à la cuisse et dans le bassin, cette explication n'est guère admissible. Dans les parois du sac herniaire on rencontre également çà et là des cavités kystiques ordinairement de petit volume, dont quelques unes au moins peuvent être, au point de vue pathogénique, comparées aux bourses muqueuses anormales développées sous l'influence d'une pression. D'autres doivent être plutôt considérées comme des épanchements sanguins dus à un trauma et transformés en kystes ultérieurement, ainsi que semble le prouver, du moins, leur contenu sanguin. On a vu également quelquefois les organes contenus dans le sac herniaire, tels que le testicule, les ovaires, subir la dégénérescence kystique. Dans quelques cas il s'agissait probablement d'une transformation kystique de l'appendice vermiforme (WOELFLER, BENNET dans le travail sur les hernies abdominales de BENNO-SCHMIDT). (Pour ce qui concerne la dégénérescence kystique de l'épiploon, voir la fin du § 84). Enfin nous devons encore mentionner les tumeurs à échinocoques, lesquelles ont été aussi parfois rencontrées dans les enveloppes des hernies. (Voir au sujet des kystes: RICHTER *Studien zur Lehre von den Unterleibsbrüchen*, ainsi que B. SCHMIDT, dans PITHA et BILLROTH, vol. III, 2<sup>e</sup> partie, 3<sup>e</sup> livr. 1<sup>re</sup> moitié.)

§ 82. — Le **contenu des hernies** est constitué par les différents viscères de l'abdomen. A peu près tous les organes abdominaux ont été déjà rencontrés dans les sacs herniaires, mais le plus souvent ces derniers contiennent une portion d'intestin avec le mésentère et l'épiploon.

En ce qui concerne d'abord l'intestin, on comprend que la partie la plus longue, celle qui se trouve fixée par le mésentère et présente le



plus de mobilité grâce à la longueur de ce dernier, à savoir **l'intestin grêle**, soit précisément celle que l'on rencontre le plus souvent dans les sacs herniaires.

Parmi les différentes parties de l'intestin c'est, naturellement, le duodénum qui, grâce à sa fixation contre la colonne vertébrale à la limite supérieure du mésentère, offre le moins de tendance à descendre dans un sac herniaire; de même l'extrémité de l'iléon n'est entraînée au dehors que dans une partie des cas où le contenu de la hernie est formé par le cœcum. Dans les conditions normales c'est à sa partie moyenne que l'intestin grêle possède la plus grande longueur de mésentère, et, en général, c'est aussi cette partie qui a relativement le plus de tendance à franchir un anneau herniaire situé à la limite pelvienne de la cavité abdominale. D'autre part, on devra bien prendre en considération que l'expansion du mésentère en forme d'éventail n'est pas toujours tout à fait régulière, qu'elle présente des anomalies aussi bien physiologiques que pathologiques; il peut ainsi arriver qu'une anse intestinale n'occupant pas le milieu de la longueur de l'intestin, se trouve posséder la portion la plus longue du mésentère. Ce sont précisément de telles anses intestinales que l'on rencontre relativement souvent dans les sacs herniaires.

On sait que le gros intestin offre un degré de mobilité très variable dans ses différentes régions. Les parties qui possèdent le plus long mésentère et qui, par conséquent, jouissent de la plus grande liberté de mouvement, sont le côlon transverse et l'S iliaque. Le côlon transverse dont le mésocôlon est de longueur très variable, soit dans sa totalité, soit dans ses différentes parties, de sorte que l'extrémité droite descend plus bas que l'extrémité gauche ou vice-versa, a par le fait plus de tendance à pénétrer dans un sac herniaire que l'S iliaque du côlon. Quant à cette dernière portion du gros intestin, dont le mésentère assez court s'insère dans la région de la fosse iliaque gauche, on ne devrait guère s'attendre à la rencontrer dans une hernie, si la longueur de cette partie du côlon n'offrait des différences individuelles considérables.

Le **cœcum** se trouve plus rarement dans un sac herniaire que les parties d'intestin mentionnées plus haut, et le plus souvent alors le siège de la hernie est à droite. Si l'on ne comprend sous le nom de « cœcum » que la partie située au-dessous de la valvule iléo-cœcale, on aura plus souvent l'occasion de rencontrer dans un sac herniaire cette portion d'intestin qui jouit d'une grande mobilité et est complètement entourée par le péritoine. Mais il n'est plus de même si l'on considère comme faisant également partie du cœcum une portion du gros intestin située au-dessus de cette même valvule. Cette portion du cœcum, en effet, n'est située qu'en partie dans la cavité péritonéale, car en arrière elle ne possède pas de mésentère et se trouve directement en contact avec la paroi abdominale.

Lorsque le cœcum se déplace pour faire partie d'une hernie, on peut émettre deux suppositions. Il peut se faire d'abord que l'intestin refoule loin de la paroi abdominale le péritoine qui l'y fixait, de façon à se former ainsi peu à peu un

mésentère. C'est ce qu'on observe parfois dans les hernies cœcales du côté gauche. Mais alors il est rare que le cœcum remplisse à lui seul le sac herniaire; presque toujours il s'agit dans ces cas de hernies volumineuses contenant la partie inférieure de l'intestin grêle, et c'est ce dernier qui a entraîné le cœcum à sa suite, et lui a ainsi constitué un mésocœcum. Du reste, même à l'état physiologique, la longueur de ce repli du péritoine est sujette à de grandes variations.

Dans d'autres cas il ne se forme pas de mésentère, mais le cœcum glisse peu à peu le long de la fosse iliaque droite, et il peut même se dégager encore davantage de son enveloppe péritonéale. En même temps que s'opère cette descente de l'intestin sur la face interne de l'os iliaque, le mésocœcum de la portion la plus inférieure s'allonge, et peut finalement faire hernie avec le cœcum. Si dans ces cas on est appelé à pratiquer la herniotomie, il peut arriver que l'incision tombe directement dans l'intervalle des deux feuillets du mésentère, et rencontre ainsi l'intestin dans un point où il est dépourvu d'enveloppe péritonéale. On se trouve ainsi en présence d'une hernie dans laquelle une partie de la paroi du cœcum ne possède pas de sac herniaire. Une portion seulement de la paroi cœcale fait saillie dans l'intérieur du sac, et si après avoir ouvert ce dernier précisément à ce niveau, on tombe sur cette partie du cœcum, on en conclut volontiers que l'intestin a contracté des adhérences avec le sac herniaire. Or on comprend facilement, d'après ce que nous venons de dire, qu'il s'agit là non pas d'une soudure, mais bien du glissement d'une partie de la paroi péritonéale à laquelle l'intestin se trouve fixé.

Des dispositions anatomiques analogues se retrouvent, du reste, assez souvent dans les cas où le contenu de la hernie est formé par le côlon ascendant ou descendant. Cependant, lorsque le côlon apparaît dans un sac herniaire, c'est que, presque toujours, il y a été attiré par des parties plus mobiles avec lesquelles il se trouve en relation. Dans ces cas également l'intestin hernié n'est, le plus souvent, recouvert par le péritoine que d'un seul côté. Le côlon ascendant suit le cœcum, et le côté descendant, l'S iliaque; ce dernier entraîne presque toujours avec lui son mésocôlon dans les hernies du côté gauche. Lorsque le côlon ascendant ou descendant suit la portion correspondante du côlon transverse, la partie ainsi attirée vers le sac herniaire se forme par traction une sorte de mésocôlon.

§ 83. — Dans les hernies anciennes, volumineuses, qui, depuis longtemps, ne sont plus maintenues par un bandage, on trouve parfois le tube intestinal presque tout entier. Le sac herniaire représente alors, en quelque sorte, une petite cavité abdominale, laquelle donne même insertion à une partie du mésentère. Aussi la réduction est-elle dans un certain nombre de cas absolument impossible, car par suite de la descente de tout le paquet intestinal, il survient peu à peu une diminution de capacité de l'abdomen, et lorsqu'on tente de réduire l'intestin hernié, on n'y parvient pas, la cavité abdominale étant devenue trop petite pour le recevoir.