

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.

La plupart des hernies peu volumineuses ne contiennent, par contre, qu'une ou plusieurs petites anses intestinales, qu'accompagne relativement souvent une partie de l'épiploon. Il n'est même pas rare de ne trouver dans un petit sac herniaire qu'une partie du bord libre d'une anse intestinale (pincement latéral de l'intestin), ou un véritable diverticule congénital. (Voir plus loin ce qui concerne l'étranglement de ces formes de hernie.)

L'intestin qui a séjourné longtemps dans un sac herniaire, subit des altérations plus ou moins considérables. Ces dernières se produisent tout d'abord au niveau du méésentère, lequel se trouve allongé localement et perd son élasticité (contractilité?). Ainsi s'expliquent les troubles mécaniques relativement si fréquents chez les individus affectés de hernie, et dus à des torsions, des coudures, etc. de l'intestin. Ces troubles se produisent soit dans l'intérieur du sac, soit dans la cavité abdominale après réduction de la hernie. Mais l'intestin lui-même, lorsqu'il reste dans le sac herniaire, subit diverses altérations de cause mécanique. Aux points d'entrée et de sortie de l'anse intestinale à travers l'orifice herniaire, l'intestin se coude et subit l'influence fâcheuse de la compression par un anneau étroit; d'autre part, dans le sac herniaire lui-même, il se trouve plus fortement replié sur lui-même; aussi peut-on voir survenir rapidement des troubles de canalisation par étranglement ou coudure de l'intestin, etc., tandis que, d'autres fois, c'est un **rétrécissement** qui se produit peu à peu et met de plus en plus obstacle au cours des matières. Mais même dans les cas où ces causes purement mécaniques n'entrent point en jeu, la partie de l'intestin qui séjourne dans un sac herniaire, n'en subit pas moins, en règle générale, une certaine atteinte dans ses fonctions. En effet l'intestin hernié se trouve, au point de vue fonctionnel, dans des conditions beaucoup plus défavorables qu'à l'état normal. Il peut se faire qu'au début l'hypertrophie compensatrice de la tunique musculaire lutte efficacement contre les obstacles au cours des matières; mais plus tard elle n'est plus en état de vaincre la résistance croissante due à l'accumulation du contenu intestinal; l'intestin ainsi dilaté mécaniquement subit une atrophie de ses fibres musculaires, et cette atrophie a pour conséquence un affaiblissement considérable du péristaltisme. Un arrêt complet des matières peut facilement se produire dans de telles conditions.

Dans les circonstances que nous venons de faire connaître, il se produit relativement très souvent une *péritonite adhésive, localisée au sac herniaire et à son contenu*. (Quant à l'inflammation suppurée, il en sera question plus loin.) La conséquence de cette péritonite est la soudure des intestins entre eux, ce qui est rare, ou l'adhérence de l'intestin avec le sac herniaire. Dans les paragraphes précédents nous avons énoncé des faits qui prouvent que l'on doit être réservé dans le diagnostic d'adhérence intestinale; en effet, une grande partie des prétendues adhérences intéressantes

le côlon ne doivent pas être considérées comme telles, mais bien comme le résultat du déplacement vers la hernie de l'insertion du mésocôlon ou du repli péritonéal qui en tient lieu.

§ 84. — L'**épiploon** se rencontre aussi très fréquemment dans les sacs herniaires; le plus souvent il accompagne l'intestin; plus rarement il s'agit d'une **épiplocèle simple**. On sait que le développement de l'épiploon offre de grandes différences individuelles. Dans une hernie ombilicale volumineuse il arrive facilement, déjà dans les conditions anatomiques ordinaires, que la portion moyenne de l'épiploon, entraînée par l'intestin, recouvre ce dernier; dans les hernies de la limite pelvienne de l'abdomen cette disposition est relativement plus rare, car l'épiploon est loin d'être toujours d'une longueur suffisante pour descendre jusque dans le bassin et recouvrir les anses les plus inférieures de l'intestin grêle, de façon à pénétrer au devant de ces dernières jusque dans le sac herniaire. Dans la très grande majorité des cas ce n'est pas la masse principale de l'épiploon que l'on rencontre dans les hernies inguinales ou crurales, mais bien des parties isolées de ce voile membraneux, qui revêtent plus ou moins la forme de tumeurs en pénétrant dans le sac herniaire, ou du moins dégèrent en tumeurs une fois arrivées dans ce dernier.

Il n'est pas rare de trouver dans les hernies inguinales des parties qui y ont été entraînées grâce à leur adhérence avec le testicule à la période fœtale. Mentionnons avant tout sous ce rapport les limites latérales de l'épiploon, surtout au niveau du côlon ascendant; ce sont ces parties, en effet, qui par leur longueur plus grande et leur richesse en tissu adipeux, ainsi que par leur prédisposition à contracter les adhérences fœtales dont nous venons de parler, fournissent le plus gros contingent des hernies épiploïques; il en est ainsi principalement de la limite latérale droite de l'épiploon qui forme un long appendice, souvent conique à ses extrémités, dont l'une s'insère à la limite supérieure du côlon ascendant, tandis que l'autre pend librement dans la cavité abdominale (omentum colicum de Haller). LINHART s'est élevé contre l'opinion répandue de la fréquence plus grande de l'épiplocèle du côté gauche, et les données précédentes ne font que confirmer l'avis de cet auteur. RICHTER est arrivé à la même conclusion en se basant sur les résultats opératoires, lesquels démontrent, en effet, que l'épiplocèle est plus fréquente à droite qu'à gauche (19-13). D'ailleurs l'opinion en question ne repose sur aucune base anatomique sérieuse.

L'épiploon une fois arrivé dans le sac herniaire, s'y comporte très diversement. Dans les hernies volumineuses à large anneau on trouve parfois, recouvrant l'intestin, une sorte de tablier épiploïque encore peu altéré dans sa forme et sa structure anatomique. Mais lorsque c'est un appendice isolé de l'épiploon qui pénètre dans le sac herniaire, il ne tarde pas à subir une série d'altérations: il devient plus dense, le tissu adipeux perd sa structure lâche; le tissu conjonctif qui sépare les lobules graisseux devient plus abondant. Ces altérations sont dues, sans doute, tout d'abord à la constriction que subit le paquet épiploïque au niveau de son passage à travers l'orifice herniaire; elles sont le résultat de la stase et de l'inflammation chronique déterminées par cette con-