

striction. Si l'on n'a pas soin de réduire à temps l'épiploon, il devient irréductible par suite de cette hypertrophie inflammatoire, alors même qu'il ne contracte pas d'adhérences avec le sac herniaire.

Abstraction faite de ces deux formes d'épiplécèle, on rencontre aussi quelquefois dans les sacs herniaires des cordons minces qui paraissent formés entièrement par du tissu conjonctif, et dont la nature épiploïque ne se révèle que grâce à leur continuité avec l'épiploon. Ces brides représentent un stade ultérieur de hernies qui avaient contenu d'abord une portion plus ou moins étendue de l'épiploon, lequel a contracté de bonne heure des adhérences avec le sac herniaire, alors que, d'autre part, l'hypertrophie inflammatoire fait défaut grâce à l'absence des conditions signalées plus haut. La graisse a disparu et l'épiploon n'est plus représenté que par un cordon de tissu conjonctif de peu d'épaisseur.

Nous devons faire rentrer ici également les cas déjà mentionnés plus haut d'adhérence congénitale de la face supérieure du testicule avec un cordon épiploïque de tissu conjonctif. Évidemment le testicule contracte ces adhérences à la période fœtale, et le plus souvent avec un cordon partant de l'omentum colicum de Haller. Parfois le cordon ainsi adhérent empêche la descente du testicule, ainsi que j'ai pu le constater dans une opération de hernie inguinale congénitale, dans laquelle le testicule était situé directement au-devant de l'orifice inguinal externe. Chez ce malade il s'agissait d'une hernie inguinale droite, fait que nous avons cru devoir signaler, d'autant plus que dans les cas de ce genre dont LINHART a eu connaissance, la hernie siègeait toujours du côté gauche.

Ces dernières formes de hernies renfermant de l'épiploon nous conduisent à l'étude d'une question très importante, à savoir celle des **adhérences inflammatoires de l'épiploon avec le sac herniaire**.

Tandis que la soudure de l'intestin avec le sac herniaire est un phénomène relativement rare, il n'en est pas de même de l'épiploon, dont la soudure avec la surface interne du sac, avec laquelle il se trouve depuis longtemps en contact, semble être la règle si l'on s'en rapporte aux observations de herniotomies. Il se peut qu'une petite partie de ces adhérences soient antérieures à la formation du sac herniaire, surtout dans les cas où des anomalies congénitales sont en jeu; par contre, chez les individus plus âgés, on comprend facilement qu'une masse épiploïque contracte des adhérences avec un sac herniaire déjà constitué ou en voie de formation, mais il est bien moins probable que l'épiploon vienne se souder au péritoine précisément à l'endroit où plus tard se formera un sac herniaire. Dans certains cas c'est sans doute une péritonite qui a fixé l'épiploon dans le voisinage de la hernie future; puis lorsque le sac vient à se former, le péritoine, en se déplaçant, entraîne à travers l'orifice herniaire l'épiploon adhérent. Par contre une fois que l'épiploon a pénétré dans le sac herniaire, il se trouve dans des conditions favorables à la formation d'adhérences. Tandis que l'intestin, grâce aux mouvements péristaltiques, à la traction du mésentère et aux déplacements qui se produisent par suite de son degré variable de réplétion, ne se trouve

jamais longtemps en rapport avec la même partie du sac herniaire, l'épiploon, au contraire, s'il n'a pas été refoulé artificiellement, reste constamment en contact avec les mêmes parties de la surface interne du sac. Or on sait que dans les cavités séreuses il se produit très facilement dans ces conditions des adhérences inflammatoires entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral. Aussi la soudure de l'épiploon avec le sac herniaire peut-elle être considérée comme la règle dans les hernies de longue durée. Cependant cette règle a ses exceptions, et il faut admettre, par conséquent, que certaines circonstances, telles que, peut-être, l'accumulation de grandes quantités de liquide dans le sac herniaire etc., empêchent les adhérences de se produire. Dans les cas d'entéro-épiplécèle les adhérences sont très fréquentes. Ainsi RICHTER sur 26 cas qui ont été l'objet d'une intervention opératoire, a trouvé 24 fois d'anciennes adhérences de l'épiploon avec le sac herniaire¹. Quant aux adhérences de l'épiploon avec l'intestin, elles paraissent également plus fréquentes que celles de l'intestin avec le sac herniaire.

Les adhérences qui se produisent à l'intérieur du sac herniaire, se présentent sous des formes très variées. Lorsque l'anneau herniaire a une certaine largeur, on trouve parfois dans le sac une large expansion épiploïque en forme d'éventail, ayant contracté des adhérences avec toute ou partie seulement de la circonférence de l'anneau. Dans d'autres cas l'épiploon n'adhère que par une mince bride aux parois du sac, au testicule ou à l'intestin; dans d'autres encore une bride épiploïque offre des adhérences multiples qui laissent entre elles des fentes de largeur et d'étendue variables. Si nous y ajoutons les cas dans lesquels le cordon épiploïque lui-même est perforé et présente des lacunes, nous voyons qu'il ne manque pas ici de causes d'étranglement; nous y reviendrons, du reste, dans notre étude de l'étranglement herniaire. Enfin nous avons encore à mentionner le fait que, indépendamment de l'épiploon, il se forme parfois dans le sac herniaire des brides qui peuvent produire les mêmes phénomènes. Il est probable que ces brides se forment lorsque la hernie est maintenue réduite par un bandage, et que la pelote de ce dernier exerçant une forte pression sur le sac herniaire devient une cause d'irritation continue. Par suite de l'inflammation adhésive qui en est la conséquence, il se produit des adhérences entre des portions circonscrites de la paroi du sac; ces adhérences s'allongent plus tard et se transforment en brides tantôt plus ou moins larges, tantôt filiformes. Dans le cours d'une opération il est parfois difficile de les distinguer des brides épiploïques.

Abstraction faite des processus inflammatoires aigus, de l'abcès de l'épiploon,

1. Ces résultats ont été tirés des observations de hernies étranglées; on ne peut donc les appliquer d'emblée aux hernies non étranglées, d'autant moins que les adhérences prédisposent à l'étranglement, mais ils démontrent tout au moins la fréquence de ces adhérences.

KÖNIG.

dont nous parlerons à propos de l'inflammation du sac herniaire, il nous reste encore à mentionner la **dégénérescence kystique de l'épiploon**. Depuis DIEFFENBACH on a publié de différents côtés des observations de hernies dans lesquelles, après avoir ouvert le sac herniaire, on arrivait sur une autre membrane lisse qui, une fois incisée, conduisait dans une cavité simple ou multiloculaire contenant un liquide aqueux ou sanguinolent, ainsi qu'un paquet d'épiploon. E. RICHTER rapporte une observation analogue. Cette dégénérescence kystique est due probablement à des processus inflammatoires chroniques ayant donné lieu à la production d'une fausse membrane, et à un épanchement au-dessous de cette dernière et entre les différentes parties de l'épiploon.

Une forme de hernie plus rare que toutes celles que nous avons décrites jusqu'ici, est celle dans laquelle le contenu du sac est formé par la **vessie, l'ovaire ou l'utérus**. On comprend difficilement qu'une vessie tout à fait normale avec sa forme sphérique, puisse pénétrer dans un sac herniaire. Un certain nombre de hernies de ce genre ont été observées chez des personnes âgées; il se peut que la forme irrégulière de la vessie et peut-être l'existence de diverticules dans l'hypertrophie de la prostate (SCHMIDT), jouent ici un rôle étiologique. MÉRY avait admis une relation entre la cystocèle et certaines anomalies du développement embryonnaire, mais jusqu'ici l'observation clinique n'est pas venue confirmer cette supposition. ENGLISCH de son côté, se basant sur des recherches cadavériques, a émis l'hypothèse que certaines dispositions anatomiques de l'enveloppe péritonéale de la vessie, en relation avec l'oblitération rapide des artères ombilicales, ont pour conséquence un accroissement irrégulier de la vessie, et peut-être aussi un retard dans l'occlusion du prolongement vaginal du péritoine, et qu'il en résulte une prédisposition à la formation de hernies vésicales.

Les **hernies de l'ovaire** sont congénitales dans au moins la moitié des cas observés (ENGLISCH). Ce sont toujours des hernies inguinales. Très rarement c'est l'utérus qui a été rencontré dans une hernie inguinale, et cela presque toujours dans les premiers mois de la grossesse. Plus tard c'est une hernie ventrale qui peut livrer passage à l'utérus.

§ 85. — MALGAIGNE est le premier auteur qui ait mis largement à contribution la statistique dans le but d'élucider les questions relatives à la pathogénie des hernies. Nous ne pouvons ici que mentionner brièvement les faits essentiels en nous basant précisément sur les recherches de MALGAIGNE, ainsi que sur un travail récent de WERNHER se rapportant à ce sujet. Nous renvoyons aux travaux originaux le lecteur que pourrait intéresser la provenance de ces chiffres qui, il est vrai, ne sont pas toujours absolument exacts (Voir WERNHER, *Archives de Langenbeck*, vol. XI, fascic. III.)

Il n'est évidemment pas possible de déterminer avec un certain degré de certitude la fréquence des hernies, laquelle en particulier n'est pas la même pour tous les pays, et diffère également suivant les classes et les professions. Les classes occupées à des travaux pénibles fournissent certainement un plus

fort contingent d'individus affectés de hernies que celles qui n'ont pas à livrer une grande somme de travail physique. Le moyen le plus facile de déterminer le nombre total des hernies, est celui qui consiste à prendre pour base les chiffres obtenus dans le recrutement, c'est-à-dire chez les individus âgés d'environ 20 ans. La proportion de 1 : 31 trouvée par MALGAIGNE est un peu trop élevée. Suivant WERNHER elle serait pour la France de 1 : 42. Dans le Wurtemberg la proportion serait à peu près la même, tandis que dans la Hesse on ne trouve qu'un individu atteint de hernie sur 67 hommes âgés de 20 ans.

Les femmes sont beaucoup moins sujettes aux hernies que les hommes (voir plus loin). MALGAIGNE a trouvé une relation d'environ 1 : 4 pour les classes pauvres de Paris. Les chiffres sont ici encore beaucoup plus incertains vu qu'ils n'ont pas été obtenus par l'examen direct, mais calculés d'une façon approximative. Admettons que le nombre des hommes âgés de 20 ans soit à peu près égal à celui des femmes du même âge, et prenons pour base de notre calcul les chiffres indiquant la fréquence relative des mêmes formes de hernies dans les deux sexes (chez l'homme on rencontre 10 fois plus de hernies inguinales que chez la femme, et chez la femme deux ou trois fois plus de hernies crurales que chez l'homme); on arrive de cette manière à connaître approximativement la fréquence des hernies chez la femme, et l'on peut ensuite calculer le chiffre total des hernies pour un âge déterminé. WERNHER a trouvé ainsi pour le Wurtemberg que le nombre des individus des deux sexes atteints de hernies est au nombre des individus qui en sont indemnes comme 1 : 68.

Les hernies paraissent être héréditaires dans le tiers des cas environ (KINGDON). Il est important au point de vue de l'étiologie de connaître le nombre des hernies aux différents âges, et de comparer les chiffres ainsi obtenus pour chacun des deux sexes. D'une manière générale on peut avec WERNHER admettre trois périodes. La fréquence des hernies s'abaisse de la première année, où elle est à son maximum, jusqu'à l'époque de la puberté, puis elle diminue de nouveau surtout depuis la vingtième année, et cela dans une proportion plus grande que ne le comporte la diminution du nombre des individus; enfin dans la vieillesse l'abaissement du chiffre des hernies est proportionnel à la diminution du nombre des individus âgés.

En ce qui concerne d'abord les **hernies inguinales**, le maximum de fréquence est dans la première année de la vie et dans le sexe masculin. Après la première année la fréquence diminue jusqu'à 10 ans; chez les filles le chiffre de ces hernies varie moins jusqu'à la quinzième année. La différence entre les filles et les garçons est dans la première année de 1 : 19-20, mais même dans la quinzième année la hernie inguinale est encore 6 fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Le nombre des hernies inguinales dans la première année représente plus de 1/7 de toutes les hernies inguinales, et chez les filles plus de 1/12 de ces mêmes hernies. *La cause de cette proportion élevée doit être cherchée dans le développement anatomique du prolongement vaginal du péritoine ou du canal de Nuck.*

A partir de la onzième année chez l'homme et de la vingtième année chez la femme le nombre des hernies inguinales s'élève de nouveau. Il reste à peu près le même jusqu'à la quarante-deuxième année, le maximum étant compris à peu près entre 25 et 40 ans. Les efforts chez l'homme, la grossesse et l'accouchement chez la femme, sont évidemment la cause de la fréquence des hernies à cette période de l'existence.