

Entre 40 et 50 ans le nombre des individus atteints de hernie ne varie pas d'une façon notable; au delà de la cinquantième année il diminue rapidement en proportion du chiffre de la mortalité.

La proportion des hernies inguinales chez l'homme et chez la femme est à peu près comme 10 : 1.

Les **hernies crurales** ne s'observent pour ainsi dire pas dans les premières années de la vie, et d'après le petit nombre d'observations que l'on en possède, elles ne sont pas plus fréquentes dans un sexe que dans l'autre. Ce n'est qu'à partir de la quinzième année que leur nombre augmente dans les deux sexes, mais tandis que chez la femme elles deviennent aussitôt 5 fois plus fréquentes que dans la période antérieure, leur nombre ne fait que tripler chez l'homme. Cette augmentation chez la femme débute donc déjà avant la période de la conception, et elle tient, par conséquent, en partie à la différenciation qui s'opère à ce moment dans la constitution de son corps (WERNHER).

Chez l'homme, le nombre des hernies crurales reste à peu près le même dans la période ultérieure, tandis que chez la femme il arrive à son maximum à l'époque de la plus grande faculté de conception (entre 30 et 40 ans), puis entre 40 et 50 ans il diminue plus rapidement que ne le comporte la diminution de la population féminine. Chez l'homme, au contraire, le nombre des hernies crurales augmente avec l'âge. A l'époque de la décrépitude, la tendance aux hernies crurales est presque la même dans les deux sexes.

Ce sont donc des circonstances tenant à la vie sexuelle et à la constitution du corps de la femme qui font que, chez cette dernière, la hernie crurale est trois fois plus fréquente que chez l'homme.

Au point de vue de la fréquence en général, la hernie crurale est à la hernie inguinale comme 1 : 9.

Enfin, un fait qui n'est pas sans avoir quelque importance au point de vue de l'étiologie des hernies, c'est que ces dernières sont plus fréquentes à droite qu'à gauche. Cette différence concerne tout particulièrement les hernies inguinales, et elle est surtout bien manifeste chez l'homme. Il en est ainsi principalement dans les premières années de l'existence où le nombre des hernies droites est à celui des hernies gauches à peu près comme 3 : 1. A partir de la sixième année cette différence se fait de moins en moins sentir, et à 15 ans elle n'est plus que comme 1 : 1 1/2; elle diminue encore dans la suite et elle arrive à son minimum dans la période de la plus grande activité physique, c'est-à-dire entre 25 et 45 ans. Au delà de la cinquantième année, le côté droit l'emporte de nouveau légèrement sur le côté gauche. Dans le sexe féminin, la différence entre les deux côtés n'est pas aussi marquée, mais elle est encore bien manifeste jusque dans la cinquième année. Peu à peu elle diminue et elle s'efface complètement dans la vingtième année.

En tous cas, ainsi que le fait remarquer WERNHER, les efforts corporels ne sauraient être la cause de cette différence. Il faut y voir plutôt l'effet de quelque disposition physiologique ou anatomique, qui favorise la production des hernies du côté droit; telle est chez l'homme la descente du testicule qui s'opère plus tardivement à droite qu'à gauche. Par contre, chez la femme, on ne connaît pas de cause de ce genre. Quoi qu'il en soit, la différence observée à un âge plus avancé ne peut être mise que pour une faible part sur le compte du travail exécuté surtout par le côté droit du corps chez les droitiers (CLOQUET, MALGAIGNE); on ne peut même affirmer absolument que cette cause joue un

rôle quelconque, bien qu'on observe également pour les hernies crurales une fréquence plus grande du côté droit d'environ 1/3 jusqu'à 1/2. Il se peut que la mobilité plus grande du péritoine à droite, la situation plus basse de certaines parties de l'intestin (extrémité inférieure de l'iléon) favorisent dans une certaine mesure la production des hernies du côté droit.

Nous renonçons à faire connaître les résultats de la statistique pour les autres hernies abdominales.

§ 86. — CELSE distinguait déjà au point de vue de l'étiologie deux formes de hernies: celles qui surviennent subitement par déchirure, et celles qui se produisent lentement par relâchement du péritoine. Ce n'est que dans le cours du siècle dernier que l'on est revenu peu à peu de l'idée d'une rupture du péritoine. Pendant ce temps on avait appris de plus en plus à apprécier l'importance de la descente du testicule dans l'étiologie des hernies inguinales externes, mais il se passa un temps très long avant que l'on reconnût dans la persistance du prolongement vaginal du péritoine la cause de la fréquence plus grande des hernies inguinales dans le sexe masculin et pendant les premières années de la vie. Pour ces cas il était donc démontré que la hernie se produit dans un sac herniaire préexistant. L'hypothèse, généralement en honneur autrefois, de la formation subite des hernies, perdit alors de sa vraisemblance, et l'on s'habitua à considérer la préexistence du sac herniaire comme la règle, la pénétration des viscères dans le sac préformé n'étant qu'un phénomène secondaire et accessoire (ROSER, LINHART).

Il n'y a pas de doute que le sac herniaire ne soit préformé dans un grand nombre de hernies. C'est ainsi que non seulement les recherches anatomiques, mais encore la statistique, démontrent que chez l'enfant de l'un et l'autre sexe les intestins pénètrent soit dans le prolongement vaginal du péritoine resté ouvert, soit dans le canal de Nuck.

Par contre, il n'a pas encore été prouvé que, dans tous les cas de hernies inguinales survenant à un âge plus avancé, le prolongement vaginal du péritoine était resté ouvert, mais que, par une sorte de hasard, l'intestin n'y avait pas pénétré jusqu'alors. Par conséquent, pour une partie des hernies inguinales externes et internes, pour les hernies crurales et pour toutes les autres hernies abdominales, on s'est vu dans la nécessité d'aller à la recherche de causes capables de provoquer la formation d'un sac herniaire.

ROSER se basant sur les résultats de recherches anatomiques, a le premier émis la thèse qu'un grand nombre de hernies reconnaissent pour cause une traction exercée sur le péritoine par de petits lipomes sous-séreux (Voir § 80 les lipomes herniaires.). LINHART a défendu cette doctrine avec énergie, et l'a étendue à une partie des hernies obturatriques et ombilicales, tandis que ROSER l'appliquait essentiellement aux hernies crurales et à une partie des hernies inguinales internes. Un lipome sous-séreux formé en dedans du septum crural, par le fait de son

accroissement et de la pression qu'il exerce autour de lui, tendra à se porter dans la direction de la fosse ovale de Scarpa, grâce au peu de résistance du tissu conjonctif extensible de la gaine vasculaire ; peut-être aussi l'action de la pesanteur dans la station debout agit-elle dans le même sens ; le lipome ainsi constitué et en relation par un pédicule avec le péritoine, exerce sur ce dernier une traction qui tend à l'attirer peu à peu au dehors sous forme de diverticule. Si ce mécanisme peut être invoqué à bon droit pour une grande partie des hernies crurales, il n'en est certainement pas de même pour toutes les hernies de ce genre. Mais admettons même qu'il en soit ainsi, il n'en reste pas moins à expliquer le mode de formation de nombre de hernies, dans lesquelles il n'existe pas de lipome sous-séreux. LINHART a cherché à expliquer également par une traction de l'extérieur la formation du sac herniaire dans ces cas ; il admet comme cause, tantôt la rétraction cicatricielle de la glande de Rosenmuller pour les hernies crurales, tantôt l'amaigrissement et le râtinement du tissu sous-séreux, agissant d'une façon analogue à la rétraction cicatricielle pour attirer au dehors le péritoine (hernies inguinales internes des vieillards des deux sexes). Cette dernière opinion est une pure hypothèse, qui se trouve déjà renversée par le fait que les hernies des vieillards se montrent non seulement chez les individus maigres, mais encore, avec une fréquence presque égale, chez ceux qui prennent de l'embonpoint (KINGDON).

On se trouve ainsi entraîné à admettre que d'autres causes encore doivent entrer en jeu dans la production des hernies, et l'on se demande si l'on doit, avec ROSER et LINHART, rejeter absolument l'opinion d'après laquelle une hernie peut se former sous l'action de la pression abdominale dans certaines circonstances particulières.

Deux points surtout doivent être pris ici en considération. Il s'agit tout d'abord de savoir si la pression intra-abdominale, telle qu'elle est produite par les différents mouvements d'expiration, peut agir plus fortement sur tel point déterminé de la paroi de l'abdomen que sur tel autre. Admettons que cette pression agisse dans les mêmes conditions que celle qui s'exerce sur les parois d'une vessie remplie de liquide, admettons que le contenu intestinal, l'intestin, l'épiploon et le mésentère jouent le même rôle qu'un liquide, la pression produite par une contraction des muscles de l'abdomen, le diaphragme étant fixé, s'exercera d'une façon uniforme sur toute l'étendue des parois abdominales. Si ces parois possédaient partout le même degré de résistance, il serait, il est vrai, inadmissible que la pression hydrostatique pût distendre et refouler au dehors un point déterminé des parois abdominales. Mais si les résistances sont inégales pour les différentes parties de ces parois, celles-ci seront refoulées dans les points où elles sont plus faibles, moins résistantes. De fait, ces conditions se trouvent réalisées assez souvent au niveau des anneaux herniaires les plus divers. Toutefois, certaines dispositions particulières antérieures sont nécessaires pour que des pressions répétées puissent refouler peu à peu le péritoine à travers un anneau, de façon à constituer un sac her-

niaire ; sinon, on devrait s'attendre à voir les hernies survenir régulièrement comme maladie d'évolution à un âge avancé. Il faut, en effet, que la paroi abdominale et avec elle le péritoine, aient subi une distension et un relâchement soit localement, soit d'une manière générale. Ces états de relâchement s'observent, par exemple, à la suite de la grossesse, après laquelle les hernies crurales sont particulièrement fréquentes (KINGDON), ou bien aussi à la suite de maladies qui ont entraîné un amaigrissement considérable. D'autre part, le relâchement des parois abdominales et une inégalité de résistance de leurs différentes parties se trouvent déjà réalisés chez certains individus qui présentent une forme particulière du ventre, par exemple celle que MALGAIGNE a décrite sous le nom de ventre à triple saillie : la région sus-ombilicale est vide, tandis que la moitié inférieure de l'abdomen est bombée, fortement saillante et divisée en deux tumeurs latérales par les muscles droits. Dans ces cas, les mésentères sont aussi allongés, l'intestin grêle descend très bas et occupe la moitié inférieure relâchée de l'abdomen ; la pression intra-abdominale agit alors principalement sur ces parties faibles qui ne sont qu'imparfaitement soutenues par des muscles distendus et flasques. De même certains changements survenus dans la position du bassin, certains processus pathologiques de la colonne vertébrale, peuvent modifier les conditions de tension de la paroi abdominale de façon à produire un relâchement local et une diminution de résistance de certaines parties, et à favoriser ainsi la formation d'une hernie dans les cas où il existerait en même temps un certain degré de relâchement du mésentère (KINGDON). Nous serions entraîné trop loin si nous voulions insister davantage sur ce sujet ; ce que nous en avons dit suffira sans doute pour entraîner chez le lecteur la conviction que, à côté des hernies congénitales et de celles qui sont dues à une traction externe (lipome sous-séreux), il en existe d'autres qui reconnaissent comme causes soit les actions multiples de la pression expiratoire (toux, éternuement, effort, etc.), soit le relâchement pathologique local et la diminution de résistance des parois de l'abdomen, ainsi que l'allongement et le relâchement du mésentère.

D'après l'exposé précédent, la **formation subite, traumatique, d'une hernie est inadmissible** ; mais ce que l'on peut bien admettre, c'est que les intestins soient chassés dans un sac herniaire préformé par une contraction violente et subite des muscles abdominaux.

§ 87. — Suivant la manière dont se comporte le contenu de la hernie relativement au sac, suivant que l'on parvient aisément à réduire l'intestin hernié dans la cavité abdominale, ou que la réduction est impossible, on distingue les hernies **mobiles, réductibles**, et les hernies **immobiles, irréductibles**. Lorsque l'irréductibilité survient subitement et est due à la constriction du contenu du sac par des parties des enveloppes herniaires, on dit que la hernie est **étranglée**.

Les hernies mobiles varient extrêmement de forme et de volume ainsi qu'il ressort de notre exposé précédent ; nous avons vu, en effet, que tantôt c'est une partie seulement de la paroi intestinale (pincement latéral de l'intestin), tantôt le contenu presque tout entier de la cavité abdominale qui pénètre dans le sac herniaire. Les petites hernies apparaissent sous