

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

forme de tumeur dans la région de l'anneau, pendant la station debout ou la marche, ou dans les mouvements expiratoires violents, et elles se réduisent en partie d'elles-mêmes dans la position horizontale. Cette réduction spontanée peut être attribuée soit au poids des intestins, soit aux mouvements péristaltiques, et peut-être aussi à la traction du mésentère, lequel d'après HYRTL et TREITZ, contiendrait des fibres musculaires striées. Suivant la nature du contenu du sac, la hernie se présente à l'examen sous la forme d'une tumeur tantôt molle, tantôt plus ou moins dure, tumeur qui montre parfois, à travers les téguments, des mouvements péristaltiques bien nets, et offre à la percussion tantôt un son tympanique, tantôt un son mat suivant le degré de réplétion de l'intestin hernié; la réduction s'opère facilement sous une légère pression, en faisant entendre un bruit de gargouillement. La présence de l'épiploon, lorsque ce dernier est mou, non altéré, ne peut être reconnue d'une façon certaine; il n'en est pas de même lorsqu'il présente des parties indurées sous forme de nodosités. Cependant il est difficile de distinguer ces dernières de certains organes, tels que l'ovaire, qui exceptionnellement peuvent former le contenu d'une hernie. Lorsque c'est la vessie qui a pénétré dans un sac herniaire, on la reconnaît à sa consistance molle; comme elle apparaît dans la hernie sous la forme d'un **diverticule**, les essais de réduction, en chassant le contenu de ce dernier dans la vessie, provoque le besoin de la miction; par contre le diverticule lui-même est le plus souvent irréductible. Dans un cas (LANGENBECK-KROENLEIN), la réduction fut pratiquée avec succès dans le cours de l'opération.

Quant au diagnostic différentiel des hernies avec d'autres tumeurs développées au niveau d'un anneau (kyste, ganglion lymphatique, varicocele), nous y reviendrons dans l'étude des différentes espèces de hernies.

On conçoit que les **symptômes** dont s'accompagnent les hernies libres varient extrêmement, suivant le volume et la nature du contenu. Tantôt ils font entièrement défaut, tantôt ils consistent dans des troubles digestifs très sérieux, surtout s'il s'agit de hernies d'un petit volume, dans lesquelles ont pénétré des portions élevées de l'intestin grêle. Les hernies volumineuses causent toujours une certaine lenteur de la digestion, des flatuosités, de la constipation alternant avec de la diarrhée etc. Outre les coliques, dont s'accompagnent ces symptômes, on voit survenir parfois des troubles graves, de nature douloureuse, dus aux tiraillements de l'estomac par l'épiploon; il peut en résulter un affaiblissement considérable du malade.

Les hernies épiploïques provoquent assez souvent des symptômes remarquablement intenses. Ce sont surtout les tumeurs herniaires molles situées au-dessus de l'ombilic le long de la ligne blanche qui s'accompagnent de trou-

bles digestifs et de douleurs si violentes dans la région stomacale qu'elles étaient prises autrefois pour des hernies de l'estomac (GARENGEOT). Parfois les symptômes nerveux sont très prononcés; le malade a une tendance à l'hypochondrie, il se plaint de faiblesse, de troubles de la digestion, de flatuosités. Ces phénomènes sont causés essentiellement par la traction qu'exerce la hernie sur le péritoine; on les aurait vus disparaître, en effet, à la suite de la réduction de la hernie, comme aussi à la suite d'une opération consistant à réséquer le pédicule reliant la hernie au péritoine (WERNHER). Pour ma part, j'ai opéré un petit nombre de hernies de ce genre et je puis affirmer que tous les symptômes disparaissent à la suite de l'extirpation du sac herniaire.

§ 88. — Une hernie mobile est un danger constant pour celui qui en est affecté, en ce sens qu'elle peut à tout moment devenir le siège d'un étranglement. Lorsqu'elle est maintenue par un bon bandage, elle est peu gênante et ne fait pas courir de danger sérieux; beaucoup de personnes peuvent, dans ces conditions, se livrer aux travaux les plus pénibles. Lorsque le sujet affecté de hernie néglige de porter un bandage, l'anneau et le collet du sac s'élargissent peu à peu, les viscères pénètrent dans le sac en quantité de plus en plus grande, et il se produit des adhérences partielles des viscères entre eux ou avec la paroi du sac. Lorsqu'une hernie est restée ainsi longtemps sans bandage, elle est relativement moins sujette à l'étranglement; par contre, on voit survenir alors, d'habitude, des troubles digestifs persistants, des flatuosités, de la constipation; des matières fécales peuvent s'accumuler en quantité notable dans les anses intestinales comprises dans le sac herniaire, et l'on observe alors volontiers, surtout à la suite de l'usage d'aliments d'une digestion difficile, des symptômes tels que la constipation, les vomissements etc., qui indiquent un obstacle au cours des matières, et qui, sans l'intervention de l'art, peuvent s'exagérer au point de constituer de véritables phénomènes d'étranglement (**engouement**). Abstraction faite de ce danger, il en est encore un autre qui menace le porteur d'une hernie volumineuse, c'est celui de la **péritonite du sac herniaire et des adhérences qui en sont la conséquence**; ces adhérences ainsi que les nœuds qui se produisent alors volontiers entre les différentes parties de l'intestin hernié, provoquent facilement un « **étranglement interne** » dans le sac herniaire. Enfin mentionnons les inconvénients résultant de la tumeur herniaire elle-même dans les cas de hernies volumineuses qui parfois descendent jusqu'aux genoux.

En l'absence de moyens de contention, la hernie subit donc régulièrement une augmentation de volume, et, pour l'éviter, on sera toujours obligé de faire porter un bandage. Une autre question à résoudre, est celle de savoir ce que devient une hernie qui, dès le début, a été traitée par un bandage convenable. On peut répondre à cette question d'un grand nombre de manières, suivant la cause de la hernie. Ce n'est que dans les formes congénitales (hernies inguinales externes) que l'on peut admettre une action curative du bandage. Ce