

HERNIES.

Les hernies sont formées par des organes sortis d'une cavité splanchnique au travers d'une ouverture naturelle ou accidentelle.

Nous nous occuperons seulement des hernies abdominales.

Ces affections sont très-communes; d'après quelques statistiques, il existerait en France dix-huit cent mille hernieux.

Les hernies varient selon : A. leur siège ; B. les organes qui les composent ; C. l'époque de la vie à laquelle elles ont lieu ; D. leur nombre ; E. leurs causes ; F. leur ancienneté ; G. leur réductibilité ; H. leur état de simplicité ou de complication ; I. enfin selon qu'elles ont été contenues ou qu'elles ne l'ont pas été.

A. On compte neuf espèces de hernies abdominales : 1^o l'*inguinale* (bubonocèle, oschéocèle) ; 2^o la *crurale* ; 3^o l'*ombilicale* ou *exomphale* ; 4^o l'*obturatrice* ou *sous-pubienne*, plus rare chez l'homme que chez la femme ; 5^o l'*ischiatique*, dont la première observation, rapportée par Papen, est consignée dans les *Thèses chirurgicales* de Haller ; 6^o l'*abdominale*, qui se fait par la ligne blanche et par des points de la paroi abdominale autres que ceux qui correspondent aux ouvertures naturelles. La hernie lombaire est une variété intéressante de ce genre ; elle a lieu dans le point où, chez certains sujets, les muscles grand dorsal et grand oblique laissent un espace libre au-dessus de la crête iliaque ; 7^o la *diaphragmatique* ; 8^o la *périnéale*, entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre le rectum et le vagin chez la femme ; 9^o la *vaginale*, qui proémine dans le vagin, et peut franchir la vulve.

Ces divers genres de hernies présentent des variétés que nous ferons connaître en traitant des hernies crurale et inguinale.

B. Sous le rapport des organes qui les forment, les hernies peuvent être distinguées en : hernie intestinale (entéro-cèle), la plus commune ; hernie épiploïque (épiplocèle) ; hernie à la fois intestinale et épiploïque (entéro-épiplocèle). On a décrit des hernies de l'estomac, de la vessie, de la matrice, de l'ovaire, de la rate : ce dernier organe, par exception, n'a jamais été trouvé seul dans une hernie. Les fausses hernies, ou hernies graisseuses, sont formées par un appendice graisseux du colon, ou par une portion du tissu cellulaire sous-péritonéal etc.

C. Relativement à l'âge auquel les hernies apparaissent, on a fait une classe de *hernies congénitales*. On a établi une distinction qui n'est pas sans importance entre les hernies de l'enfance, celles de la jeunesse et de l'âge adulte, et celles de la vieillesse. On pour-

rait appeler les premières *hernies infantiles*. Les secondes ont reçu le nom de *hernies de force*, et les dernières celui de *hernies de faiblesse*.

D. Le nombre des hernies doubles est très-considérable. Le plus souvent, dans ce cas, il existe deux hernies semblables, l'une à droite, l'autre à gauche ; mais il peut exister deux variétés de la même hernie, ou bien deux hernies d'une espèce différente du même côté. M. Demeaux a vu dans l'aîne gauche deux hernies, une crurale et une inguinale.

E. Les causes sont prédisposantes : faiblesse constitutionnelle, relâchement accidentel des parois abdominales etc. ; ou efficientes : effort, chute etc.

F. Les différences provenant de l'ancienneté de la hernie sont relatives à la forme, au volume, aux rapports, à la direction, à la curabilité de cette affection.

G. Les hernies sont réductibles ou irréductibles. L'irréductibilité dépend du volume des parties herniées, de l'induration de l'épiploon, de l'étroitesse des ouvertures de communication avec l'abdomen ou du collet du sac, et le plus ordinairement d'adhérences qui fixent les organes entre eux et aux parois du sac ; celui-ci peut être lui-même adhérent aux tissus environnants.

H. Une hernie est simple quand elle ne donne lieu à aucun accident ; elle est compliquée dans le cas contraire. Nous verrons plus loin quelles sont les complications des hernies.

I. Les hernies qui n'ont jamais été contenues se trouvent dans des conditions différentes de celles qui l'ont été. Dans le premier cas, le collet du sac, n'ayant pas subi de pression, est souple et large et provoque rarement un étranglement.

Anatomie pathologique. L'étude de l'anatomie pathologique des hernies comprend leurs enveloppes, les organes qui les composent, enfin les changements survenus dans les ouvertures de communication, dont l'anatomie normale devra nous occuper à l'occasion de chaque hernie en particulier.

Enveloppes. Ce sont le sac et les différentes couches de tissu qui le séparent de la peau.

Sac. L'intestin et l'épiploon, en se déplaçant, chassent devant eux une portion de péritoine qui leur sert d'enveloppe immédiate ; c'est cette portion de péritoine qu'on appelle le *sac herniaire*. Il y a des hernies qui n'ont pas de sac ; ce sont celles qui se forment à travers une plaie. D'autres ont un sac incomplet ; ce sont celles qui renferment un organe revêtu d'un côté seulement par le péritoine : le cæcum, la portion descendante du colon, la vessie.

Le sac herniaire présente un corps et un collet. Le collet consiste

primitivement en un simple rétrécissement; mais il peut aussi avoir une certaine longueur, être fibreux et multiple. M. Demeaux, dans un travail remarquable, inséré dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (n° de juillet 1842), a divisé en trois périodes le développement du sac. Dans la plupart des cas, avant la production de la hernie à l'extérieur, le péritoine, poussé par les viscères, offre une dépression appelée très-exactement *doigt de gant* ou *impression digitale*, et que M. Demeaux mentionne sous le nom de *hernie incomplète*. C'est, pour nous, la première période du développement du sac.

Dans la seconde période, la première de M. Demeaux, et appelée par cet auteur *période de formation*, le sac est sphérique; le collet, vu de l'intérieur de la cavité abdominale, présente un froncement, une multitude de plis rayonnés non adhérents l'un à l'autre, et susceptibles de s'écarter et de disparaître. Si la hernie augmente, ce collet se perd dans le sac herniaire, qu'il concourt à former, et un nouveau collet se produit. Dans cette période, le sac peut encore être réduit, et cette circonstance explique les cas connus de guérison spontanée. Dans la troisième période (deuxième de M. Demeaux, qui la désigne sous le nom de *période d'organisation*), deux phénomènes se présentent: d'un côté, les plis rayonnés du collet adhèrent entre eux par suite d'une exsudation plastique; de l'autre, la couche celluleuse qui double le péritoine se vascularise, s'épaissit et prend une apparence dartoïde: M. Demeaux y a distingué des fibres musculaires; pour lui, cette couche n'est point le fascia propria, mais une couche intermédiaire à ce fascia et au péritoine. La quatrième période (troisième de M. Demeaux, qui lui donne le nom de *période de resserrement*) est caractérisée par le rétrécissement de l'orifice supérieur du collet et sa tendance à l'oblitération. Ledran a vu cet orifice fermé: le sac était distendu par de la sérosité. Des cas semblables ont été observés par divers chirurgiens. Dans la période d'organisation et surtout dans celle de resserrement, l'état du collet est une cause fréquente d'irréductibilité et d'étranglement.

Sacs multiples. Ils sont superposés ou placés à côté l'un de l'autre.

Sacs superposés. Si, par suite d'une nouvelle impulsion des organes contenus dans l'abdomen, le sac est poussé au dehors avant la période d'organisation du collet ou lorsque cette organisation est encore incomplète, le collet concourt à l'agrandissement du sac; mais si cette impulsion s'exerce à une période plus avancée, le collet résiste, est poussé en bas, et un second sac, avec collet, est nécessairement produit et peut ensuite être déplacé comme le pre-

mier. Nous avons fait représenter une planche de Scarpa où cette disposition est parfaitement indiquée (*fig. 513*). L'aponévrose du grand oblique *a a* incisée, ainsi que le sac herniaire *b*, et les téguments de l'aîne et du scrotum *d* écartés, permettent de voir la cavité supérieure *c e* du sac, séparée de l'inférieure *g* par un collet intermédiaire *f*. La tunique vaginale *h s* ouverte, laisse voir le testicule *i*. On a pu rencontrer ainsi, l'un au-dessus de l'autre, plusieurs sacs séparés par un nombre égal de collets. C'est cette disposition que les auteurs expriment en disant qu'il y a des sacs à plusieurs collets. On comprend, dans ce cas, la possibilité d'étranglements multiples et les erreurs fatales qui en résultent lorsqu'on se borne à n'en débrider qu'un seul. Nous venons de dire ce qui a lieu dans une hernie à collet organisé, dont toute la circonférence est entièrement déplacée, sous l'influence d'un effort; disons maintenant que si le collet glisse seulement sur un point, et reste adhérent par l'autre, un nouveau sac se forme à côté de l'ancien. Un pareil effet a lieu dans les hernies accidentelles ou congénitales,

et ce dernier cas a été parfaitement noté par Arnaud. Scarpa admet que dans toute hernie inguinale à deux sacs, la première hernie existait toujours au moment de la naissance.

M. Demeaux a vu deux sacs accidentels du même côté, quatre fois en deux ans. Il n'est pas le premier et le seul chirurgien qui ait observé des faits de ce genre. (Voy. Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IX, p. 511.)

Lorsque deux sacs sont superposés, le supérieur, devenant très-volumineux, peut descendre au-dessous du niveau de l'ancien. On observe alors deux sacs, dont l'un est placé sur l'autre. M. Demeaux a vu ce cas trois fois, et a rapporté l'histoire d'un malade chez lequel l'étranglement avait lieu par l'ouverture de communication de deux sacs ainsi disposés.

Sanson explique la formation de certains sacs secondaires ou multiloculaires, par les éraillures des parties environnantes, au travers desquelles le sac se prolonge.

Un sac trop ressermé au collet pour admettre de nouveaux organes peut être repoussé de telle sorte que l'on trouve dans la même

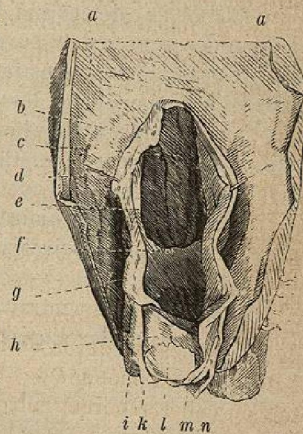


Fig. 513.