

et elle est parfaitement applicable, non seulement aux hernies étranglées, mais même à la cure radicale des hernies irréductibles qui deviennent trop gênantes.

CHAPITRE IV

HERNIES ABDOMINALES RARES

Les hernies inguinales, crurales et ombilicales représentent la presque totalité des hernies abdominales, 95 pour 100. Cependant le chirurgien doit être prévenu de l'existence d'un certain nombre d'autres variétés, précisément parce qu'elles sont rares, difficiles à trouver, et que par conséquent leur étranglement méconnu pourrait en imposer pour un étranglement interne.

Parmi ces hernies, les unes se font à travers la ceinture musculo-aponévrotique de l'abdomen. Ce sont :

- 1° Les *hernies de la ligne blanche ou épigastriques*;
- 2° Les *hernies dans la région des muscles droits*;
- 3° Les *hernies latérales*;
- 4° Les *hernies lombaires*.

Une seconde catégorie comprend les *hernies diaphragmatiques*. Nous rangerons dans une troisième catégorie les hernies inférieures qui traversent les échancrures que présente la ceinture du bassin :

Hernie obturatrice;

Hernie ischiatique.

Enfin, dans la dernière catégorie, on doit comprendre les hernies qui se font à travers le plancher musculo-aponévrotique du périnée, affaibli et traversé par l'urètre, le rectum et le vagin :

Hernies vaginales;

Hernies vagino-labiales;

Hernies périnéales.

1^{re} catégorie. — *Hernies à travers la ceinture musculo-aponévrotique de l'abdomen*.

I. *Hernies de la ligne blanche*. — En dehors des conditions normales de l'éventration, les muscles droits de l'abdomen ne sont sensiblement écartés qu'au-dessus de l'ombilic; la ligne blanche

n'existe donc que là, et l'on peut dire que presque toutes ses hernies sont des *hernies épigastriques susombilicales*; elles offrent avec les hernies ombilicales de nombreux points de contact.

Au point de vue de leur constitution, Terrier les subdivise en quatre groupes :

1° Hernies graisseuses simples sans participation du péritoine ou avec diverticule péritonéal infundibuliforme;

2° Hernies graisseuses, entraînant elles-mêmes un sac péritonéal avec une hernie épiploïque;

3° Hernies épiploïques simples, sans lipomes herniaires;

4° Enfin, et plus rarement, hernies intestino-épiploïques.

L'orifice de sortie siège le plus souvent à gauche de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et présente généralement à sa partie inférieure une sorte de courbe à concavité supérieure.

Le collet du sac qui sort à ce niveau offre des dispositions en rapport avec celles de l'orifice, puis se dirige tantôt longitudinalement en bas, tantôt directement en avant.

Le sac lui-même est souvent volumineux, aminci, recouvert de graisse, parfois même précédé d'une véritable hernie graisseuse; on y trouve de l'épiploon, de l'intestin grêle, une portion du côlon transverse, rarement de l'estomac, quoi qu'en ait dit Garengot.

Suivant Malgaigne, les hernies épigastriques se rencontreraient surtout chez les femmes, et notamment chez celles dont la paroi abdominale est chargée de graisse. Les distensions produites par les grossesses répétées, par les tumeurs abdominales, joueraient le rôle de causes occasionnelles.

Telle n'est pas l'opinion de Berger qui, sur 116 cas de hernies de la ligne blanche, en a trouvé 105 chez des hommes et 11 seulement chez des femmes.

La hernie de la ligne blanche est généralement associée à d'autres hernies. Elle a pour causes les traumatismes, et peut-être certaines dispositions anatomiques : éraillures ou affaiblissements congénitaux de la ligne blanche.

D'après Witzel elle coexisterait assez souvent avec des lésions organiques de l'estomac.

Cliniquement : ou bien la hernie de la ligne blanche est petite et demande à être attentivement recherchée dans le décubitus dorsal et les cuisses fléchies par le bassin; ou bien elle est très volumineuse,

à parois amincies, et, dans ce cas, son diagnostic est assez facile. — Des troubles gastriques, des crampes, des douleurs, des coliques en sont la conséquence; ils disparaissent par la réduction de la tumeur; cette réduction n'est pas toujours possible surtout pour les grosses hernies.

Seules, certaines tumeurs graisseuses extrapéritonéales non accompagnées de sac herniaire peuvent être confondues avec les hernies épigastriques; on se basera surtout, dans ces cas, sur l'absence des troubles douloureux, gastriques et digestifs, fréquents dans les hernies de la ligne blanche.

Quant au pronostic et au traitement, nous n'avons rien à dire qui ne soit une répétition des préceptes applicables aux hernies ombilicales et à certaines hernies latérales, sur lesquels nous allons avoir à nous étendre davantage. Nous insisterons seulement sur la nécessité d'inciser avec précaution le lipome herniaire pour trouver en son centre un mince diverticule péritonéal qui doit être ouvert, réséqué et lié suivant les règles ordinaires. L'occlusion de l'orifice herniaire sera pratiquée après avivement de ses bords.

Hernies sous-ombilicales. — Quant aux hernies qui se produisent à la faveur des cicatrices que l'incision de la ligne blanche sous-ombilicale laisse à la suite des laparotomies, leur fréquence tend à diminuer depuis l'adoption de la suture par étages réunissant plan par plan les parties constitutives de la paroi abdominale.

II. *Hernies dans la région des muscles droits.* — C'est surtout au point de vue du siège et des caractères de la tumeur, qu'il faut dire un mot des hernies de cette région.

Ce sont ordinairement des hernies traumatiques, à la suite de ruptures musculaires; on les a toujours observées dans la moitié supérieure (Duplay), ce qui tendrait à prouver qu'elles sont plutôt la conséquence de vrais traumatismes que le résultat des ruptures musculaires pathologiques qui surviennent à la suite de fièvres longues et graves; nous savons que ces dernières siègent de préférence dans le tiers inférieur du muscle. — Dans les 4 cas cités par Duplay, 2 fois la hernie occupait une intersection aponévrotique, 2 fois elle occupait le tissu musculaire. — La hernie peut se faire simplement dans la gaine, ou bien traverser les fibres musculaires rompues.

Les symptômes, la marche et le traitement sont ceux des hernies latérales.

III. *Hernies latérales de l'abdomen.* — Les hernies latérales de l'abdomen ou laparocèles sont les hernies ventrales qui se produisent d'une part entre le rebord des fausses côtes et l'arcade crurale, d'autre part entre le bord externe du grand droit et le bord postérieur du grand oblique.

Les hernies latérales étaient déjà signalées et connues des anciens; toutefois, c'est dans Dionis seulement que l'on trouve l'indication complète des hernies latérales traumatiques et du traitement qui leur convient. — J.-L. Petit décrit les hernies spontanées. — On doit encore citer sur cette question Lachausse (1746), puis A. Cooper. — Les faits tout récents de D. Mollière et de Terrier ont fait faire au traitement un pas important dans une voie nouvelle. Tous ces travaux sont très bien résumés dans la thèse de Ferrand, Paris, 1881.

Étiologie. — Les hernies latérales sont traumatiques ou spontanées.

Traumatiques, elles sont la conséquence d'une contusion, d'une plaie, d'une opération chirurgicale, et nous n'avons, on le conçoit, à retenir ici que les hernies traumatiques secondaires, développées plus ou moins longtemps après la cicatrisation de la blessure, par distension de la cicatrice même. *Spontanées*, elles peuvent être encore liées à une cicatrice résultant d'un abcès, d'un furoncle même des parois abdominales; plus souvent on doit les rapporter à la distension de la grossesse, à des tumeurs abdominales, à l'ascite, au développement du tissu graisseux. — Ce sont des hernies de faiblesse, dans lesquelles l'effort ne joue qu'un rôle déterminant. Elles s'observent beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme et de préférence à l'âge adulte et dans la vieillesse, exceptionnellement dans l'enfance.

Anatomie pathologique. — La hernie traumatique au sens où nous l'entendons, c'est-à-dire *secondaire*, possède un sac péritonéal tout comme la hernie spontanée. Cette enveloppe est souvent, il est vrai, mince, facile à méconnaître.

La hernie spontanée se fait presque toujours au niveau des fibres aponévrotiques antérieures du transverse qui constituent la ligne demi-circulaire de Spiegel, soit par les orifices vasculaires de cette ligne (A. Cooper, D. Mollière), soit à la suite de pelotons graisseux sous-péritonéaux sortis indifféremment par un point quelconque de la paroi (Ferrand).

La hernie se fait presque toujours au-dessous du plan transversal passant par l'ombilic : tantôt elle est sous-cutanée, *hernie propariétale* ; tantôt elle est interstitielle, *hernie intrapariétale* ; parfois simultanément interstitielle et sous-cutanée, *hernie en bissac, en brioche*.

Le sac est parfois extrêmement aminci dans les hernies volumineuses ; il adhère souvent aux parties qui le recouvrent par sa face externe, et, pour ces deux raisons, on est exposé à l'ouvrir facilement lorsqu'on incise ces enveloppes ; enfin, sa face interne est souvent adhérente, cloisonnée, surtout dans les hernies volumineuses ; aussi l'étranglement peut fort bien siéger à l'intérieur du sac dans ces grosses hernies.

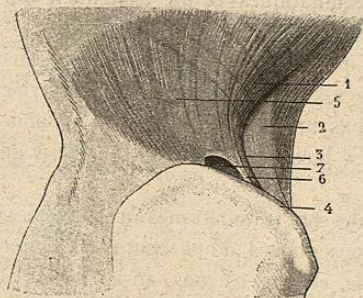


Fig. 82. — Orifice creusé dans le muscle grand dorsal, donnant passage à une hernie lombaire anormale (H. Braun). — 1, muscle grand dorsal ; — 2, grand oblique ; — 3, petit oblique ; — 4, crête iliaque ; — 5, la 12^e côte ; — 6, place du triangle de J.-L. Petit ; — 7, orifice herniaire.

Dans les hernies petites, l'orifice ou le collet sont toujours les agents de l'étranglement.

On trouve dans les hernies latérales : de l'épiploon, de l'intestin grêle, le cæcum ou le côlon. Dans un seul cas, on a rencontré l'estomac.

Symptômes et diagnostic. — Les hernies latérales petites sont difficiles à trouver ; elles peuvent s'étrangler en se produisant ou donner lieu à des troubles digestifs que la réduction de la hernie fait disparaître.

On ne méconnaîtra pas les hernies moyennes ou grosses, alors même qu'elles seraient intrapariétales, quoique la hernie tende à descendre, à s'étaler.

Comme les hernies ombilicales, les petites hernies ont plus de tendance à l'étranglement, les grosses plus de tendance à l'engouement et à l'inflammation.

La hernie est plutôt méconnue que confondue avec d'autres affections ; il faut donc y penser pour la rechercher, et bien l'examiner pour reconnaître à quelle variété on a affaire.

Traitement. — Après les traumatismes qui ont affaibli les

parois, le chirurgien, pour prévenir la hernie, conseillera le port d'une ceinture abdominale ; lorsque la hernie s'est produite, il faut chercher à la maintenir réduite par un bandage, ou du moins à la contenir, si elle est irréductible. Cette contention étant le plus souvent difficile, si le sujet est encore jeune, il faudra faire la cure radicale.

Est-elle étranglée et petite, il faut intervenir de bonne heure et recourir à la laparotomie si la cause et le siège de l'occlusion ne peuvent être précisés (Terrier). — Est-elle volumineuse, on fera toujours la kélotomie ; on conseillait autrefois de ne pas ouvrir le sac ; Duplay a montré qu'il valait mieux l'inciser au contraire, puisque l'agent de l'étranglement siége assez souvent dans sa cavité : brides, adhérences.

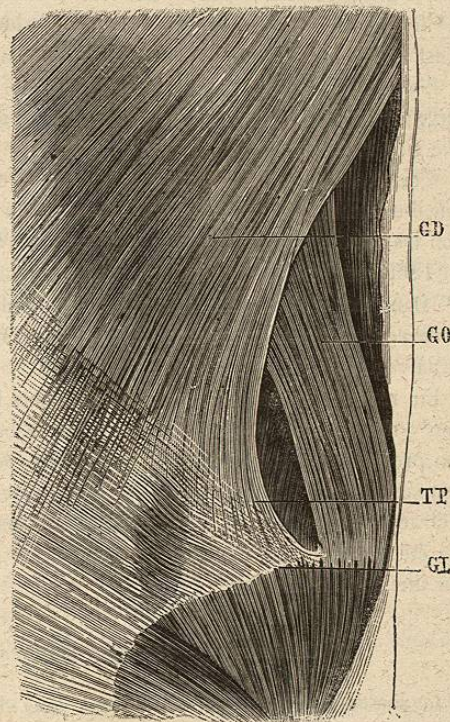


Fig. 85. — Triangle de J.-L. Petit (côté droit). — GD, muscle grand dorsal ; — GO, grand oblique ; — GI, crête iliaque ; — TP, triangle de Petit.

IV. Hernies lombaires. — La paroi musculaire de l'abdomen présente en arrière, dans la région lombaire, deux points faibles : l'un est le triangle de J.-L. Petit, l'autre le triangle lombo-costo-abdominal de Grynfeldt.

Le triangle de J.-L. Petit est limité en avant par les fibres les plus postérieures du muscle grand oblique de l'abdomen, en arrière par les fibres inférieures du muscle grand dorsal qui croise le précé-

dent très obliquement ; sa base est constituée par la crête iliaque au-dessus de laquelle il est situé. Au fond de cette dépression triangulaire se voient les dernières fibres du petit oblique. — Le triangle de Grynfeldt est dirigé en sens inverse du précédent et caché par le grand dorsal. Sa base est à la dernière côte, son bord externe est formé par le bord postérieur du petit oblique, son bord interne n'est autre que le bord externe du muscle carré des lombes.

L'anneau par lequel s'échappe la hernie est plus souvent très large ; la tumeur offre un volume très variable ; 14 fois sur 21, elle siègeait à gauche.

C'est, en somme, une hernie rare. J.-L. Petit en a fait le premier une étude complète. — En 1866, Grynfeldt a publié sur elle un très bon travail dans le *Montpellier médical*. — Un *Mémoire* de Larrey en 1869 contient 25 cas dont le premier appartient à Garengoet.

— Dans un travail plus récent, 1879, Braun a insisté dans les *Archives allemandes* sur le rôle de certains orifices vasculo-nerveux de la région.

En résumé, la hernie lombaire offre tous les caractères des hernies ventrales, elle n'en diffère que par la bénignité plus grande de son pronostic ; c'est une hernie facilement réductible d'ordinaire et peu sujette aux complications. — On l'a cependant observée à l'état d'étranglement ; le taxis a été employé heureusement ; la kélotomie n'a été pratiquée qu'une fois et avec succès par Ravaton, en 1768, sur une femme enceinte.

2^e Catégorie — Hernies diaphragmatiques.

Le passage des viscères du ventre dans la poitrine constitue la *hernie diaphragmatique*.

On doit distinguer :

- 1^o Des hernies diaphragmatiques congénitales ;
- 2^o Des hernies traumatiques ;
- 3^o Des hernies spontanées.

1^o *Hernies congénitales*. — Le diaphragme, comme l'ont montré les recherches de Serres, de Breschet, d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire, se développe par deux moitiés latérales ; un arrêt peut survenir dans ce développement et les viscères abdominaux font hernie dans la cavité thoracique. — Ces hernies sont souvent assez volumineuses pour

être incompatibles avec la vie ; ce sont alors des monstruosités tout à fait comparables aux grosses hernies ombilicales embryonnaires.

Cette théorie généralement admise aujourd'hui a été vivement combattue par Cruveilhier qui lui reprochait de ne pouvoir expliquer le siège latéral des hernies. — On a répondu en invoquant l'atrophie d'une des moitiés primitives du diaphragme et la présence du cœur.

La plupart des hernies congénitales résultent donc d'un arrêt de développement (thèse de Duguet, 1866) ; il en est cependant quelques-unes qui succèdent à une rupture ou à une éraillure congénitale, intra-utérine, du diaphragme.

Cette dernière variété, très rare (on en compte trois exemples, Boulant, Cruveilhier, Portal), se traduit anatomiquement par un caractère très important, la présence d'un sac herniaire.

Dans les hernies par arrêt de développement, il n'y a pas de sac herniaire comme dans les hernies ombilicales embryonnaires et pour les mêmes raisons. Dans les deux cas, le péritoine ne s'est pas développé au niveau de l'hiatus, dans lequel s'engageaient les viscères.

La hernie congénitale siège deux fois plus souvent à gauche qu'à droite (Duguet), et dans la moitié postérieure plutôt que dans la moitié antérieure.

La partie non développée du diaphragme est parfois très considérable (monstruosités) ; dans d'autres cas elle est plus petite et se présente sous la forme d'une ouverture *en croissant* ou *en boutonnière*. — L'origine congénitale de ces dernières a été mise en doute par Duguet. — On en connaît 15 cas, tous chez des sujets âgés de plus de dix ans.

L'estomac avec la rate, une portion variable du foie, le colon, le pancréas même (Clintock), une partie du rein, ont été rencontrés isolément, plus souvent encore réunis, dans les hernies diaphragmatiques congénitales.

On conçoit bien que la pénétration d'une pareille masse dans la cavité thoracique modifie notablement les rapports des organes qu'elle renferme normalement : cœur et poumons. On a noté l'existence d'autres malformations congénitales.

La hernie congénitale est-elle très volumineuse, c'est une monstruosité incompatible avec la vie ; les enfants meurent au bout de quelques jours. Si elle très petite, elle risque fort de n'être pas diagnos-