

pas toujours certain de lever ainsi l'étranglement, puisque celui-ci a quelquefois son siège dans le corps du sac herniaire.

## ARTICLE IV.

**Hernies de la ligne blanche.**

On appelle ainsi les hernies dans lesquelles les viscères s'échappent par une éraillure aponévrotique de la ligne blanche. On rencontre ces hernies sur tous les points de la longueur du raphé médian de la paroi abdominale antérieure, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à la symphyse pubienne. On les divise en hernies *sus-ombilicales* et hernies *sous-ombilicales*, suivant que la tumeur siège au-dessus ou au-dessous de l'anneau ombilical. Les hernies *sus-ombilicales* sont aussi appelées *épigastriques*, parce qu'elles siègent à l'épigastre.

**Causes.** Les hernies *épigastriques* ou *sus-ombilicales* sont plus communes que les hernies *sous-ombilicales*, ce qu'on attribue à ce que les muscles droits de l'abdomen sont plus écartés à la partie supérieure qu'à la partie inférieure de la paroi abdominale; celle-ci offre moins de résistance aux viscères, dans le voisinage de l'appendice xiphoïde que vers le pubis. Chez la femme, la partie supérieure de la ligne blanche subit, pendant la gestation, une distension plus forte, et par conséquent un affaiblissement plus marqué que la partie inférieure de ce raphé fibreux, parce que sous l'influence de l'accroissement de l'utérus, les viscères abdominaux sont refoulés en haut. Bien qu'on rencontre les hernies de la ligne blanche à tous les âges de la vie, et que Malgaigne et Jalade-Lafond aient observé ce déplacement chez des enfants à la mamelle, il faut néanmoins reconnaître que ces hernies sont le plus communes à partir de l'âge adulte, parce qu'elles sont le plus souvent la conséquence d'une distension accidentelle de la paroi abdominale. On comprend d'après cela le rôle des grossesses, et la fréquence plus grande de ces hernies chez la femme. Quelques sujets sont prédisposés à ce genre de hernies par suite d'une conformation particulière que présente la partie supérieure de la ligne blanche, plus faible à ce niveau que dans d'autres points. Toutes les circonstances de nature à affaiblir la paroi abdominale sont des causes prédisposantes. C'est ainsi qu'agissent l'ascite, les kystes de l'ovaire, les tumeurs de tous genres développées dans l'intérieur de l'abdomen. Chez les sujets gras, des lobules graisseux peuvent s'insinuer entre les espaces aponévrotiques de la ligne blanche et préparer lentement l'issue des viscères au dehors par la distension progressive de ces anneaux fibreux. Parmi les causes occasionnelles, il faut noter les efforts de tous genres, les blessures de la paroi abdominale, les coups portés sur l'épigastre.

**Anatomie pathologique.** L'ouverture aponévrotique qui donne passage aux viscères a généralement une conformation oblongue, et le collet du sac se moulant sur cette ouverture est de forme ovalaire. Les couches qui forment la tumeur sont, en procédant de dehors en dedans, la peau, le tissu

cellulaire graisseux sous-cutané ordinairement abondant, le *fascia superficialis*, le *fascia transversalis*, le sac herniaire quelquefois doublé de graisse. Lorsque la hernie est ancienne, toutes ces couches sont confondues ensemble, impossibles à séparer les unes des autres, excepté vers la base de la tumeur; la peau qui recouvre celle-ci est amincie.

Les viscères qu'on rencontre communément dans la hernie *sus-ombilicale* sont le côlon transverse et le grand épiploon, quelquefois l'estomac. Dans les hernies *sous-ombilicales*, on trouve les mêmes organes que dans les autres hernies de l'abdomen.

**Symptômes.** Les hernies *sus-ombilicales* sont caractérisées par une tumeur qui occupe communément la partie gauche de l'épigastre, tumeur de forme ovalaire, d'un volume quelquefois tellement petit qu'il faut une grande attention pour découvrir la hernie; d'autres fois atteignant les dimensions d'une tête d'adulte. Cette tumeur rentre en général facilement dans l'abdomen, le plus souvent par le simple décubitus dorsal. Les sujets se plaignent communément de douleurs dans la poitrine, et surtout de crampes d'estomac disparaissant après l'ingestion d'aliments et de boissons, pour revenir quand la digestion stomacale est terminée. Ces phénomènes s'expliquent par le passage de l'estomac, dans la hernie quand cet organe est vide, et par le retour dans l'abdomen du ventricule lorsque celui-ci est distendu par des aliments. Ils sont quelquefois assez marqués pour qu'à défaut d'un examen de la région, on attribue à une maladie de l'estomac ce qui appartient en réalité à une hernie épigastrique. Des erreurs de ce genre ont été signalés par Trousseau, Jalade-Lafond, Ricord, Michon. Les hernies d'un petit volume sont quelquefois méconnues; on explorera avec soin la région épigastrique; on recherchera la présence d'une ouverture fibreuse, ainsi que l'impulsion communiquée, pendant les efforts, au doigt porté à ce niveau. Dans les mêmes conditions de volume exigü de la hernie épigastrique, on peut croire à l'existence d'une hernie graisseuse.

Pour reconnaître si l'estomac est contenu dans une hernie épigastrique, on commande au malade d'avaler une certaine quantité de boisson; si la tumeur augmente alors de volume et fournit à la percussion un son mat au lieu d'un son clair, on en infère que c'est bien une hernie de l'estomac.

**Pronostic.** Il est grave, en raison des troubles fonctionnels que détermine la présence de l'estomac dans la hernie; de la difficulté d'obtenir une cure radicale; de la possibilité, en cas d'étranglement d'une hernie épigastrique petite, de méconnaître la présence de celle-ci et de croire à un étranglement interne.

**Traitement.** La réduction et la contention de la hernie sont fondées sur les mêmes données que pour la hernie ombilicale (voy. p. 717). En cas d'étranglement, le débridement sera fait sur plusieurs points de l'anneau aponévrotique plutôt que sur un seul point.

**Hernies graisseuses de l'ombilic et de la ligne blanche.** Nous les avons décrites, page 603 de ce volume, sous le titre de *tumeurs graisseuses*



de la paroi abdominale, dénomination bien plus rationnelle que celle de hernies, puisque l'affection consiste, la plupart du temps, dans le passage, à travers une éraillure de la ligne blanche, d'un petit lobule graisseux qui double la face externe du péritoine. Dans quelques cas, le tissu graisseux, en traversant la paroi aponévrotique, entraîne un petit prolongement du péritoine, et c'est ainsi qu'il se forme au centre de la masse graisseuse une cavité séreuse qui peut se remplir ultérieurement de liquide et même recevoir une portion de viscère, auquel cas il y a une véritable hernie.

Ces tumeurs se montrent surtout autour de l'ombilic et dans la région sus-ombilicale, parce que le tissu graisseux extrapéritonéal est abondant au voisinage du cordon ligamenteux qui remplace chez l'adulte la veine ombilicale. Le volume varie depuis une noisette jusqu'à une pomme. La forme en est globuleuse; la surface tantôt égale, tantôt légèrement bosselée. La tumeur est le plus souvent unique, quelquefois multiple. La structure est variable; assez souvent c'est une petite masse de tissu cellulo-graisseux; dans d'autres cas, on rencontre au centre de cette masse un petit prolongement péritonéal. Il est possible qu'un véritable sac herniaire s'introduise dans ce dernier, et qu'on trouve ainsi deux petits sacs inclus l'un dans l'autre, à la façon de certaines hernies inguinales vaginales (p. 688). On a aussi signalé dans l'épaisseur de la masse graisseuse la présence de kystes.

C'est surtout avec les épiplocèles de la ligne blanche et de la région ombilicale que ces tumeurs peuvent être confondues. Mais les tumeurs graisseuses extrapéritonéales sont en général plus dures que les épiplocèles (Scarpa); elles ne sont pas réductibles dans l'abdomen; on peut seulement les *refouler* entre le péritoine et la paroi abdominale, et dès qu'on cesse de les comprimer, elles reprennent leur situation primitive; elles n'occasionnent pas non plus, comme les épiplocèles, des troubles dans les fonctions de l'estomac. Lorsque ces tumeurs graisseuses coïncident avec une affection abdominale caractérisée par des vomissements, de la constipation, on peut croire à l'existence d'une hernie étranglée et faire une opération inutile. Cette erreur a été commise par Scarpa.

## ARTICLE V.

## Hernies ventrales.

On comprend sous ce nom générique les hernies qui se font par des points des parois abdominales antérieure et latérales autres que la ligne blanche. On conçoit d'après cela que le siège en est variable: la gaine du muscle grand droit antérieur de l'abdomen, à la suite d'une rupture du feuillet postérieur de cette gaine (Ledran), la ligne courbe située au côté externe du muscle droit (A. Cooper), l'espace compris entre les fausses côtes et la partie postérieure de la crête de l'os des îles (hernie lombaire de J.-L. Petit).

Ces hernies sont tantôt *traumatiques*, c'est-à-dire qu'elles succèdent à une blessure, tantôt *spontanées*. Elles sont pourvues d'un sac, alors même

qu'elles appartiennent à la première catégorie. En dehors du sac se trouve le *fascia transversalis*, qui peut être traversé par le prolongement péritonéal. On rencontre ensuite le *fascia superficialis* plus ou moins distinct, et enfin la peau. Le pédicule de la hernie est plus ou moins large, d'après le siège de la tumeur. Celle-ci contient ordinairement une portion du grand épiploon et une anse d'intestin grêle ou du côlon.

La réduction s'opère suivant les règles générales; le bandage contentif est subordonné à la situation de la tumeur. En cas d'étranglement, on met la hernie à découvert par une incision d'étendue convenable, et on débride dans un sens tel qu'on ménage les vaisseaux avoisinant l'ouverture aponévrotique par laquelle les viscères ont passé.

## ARTICLE VI.

## Hernie sous-pubienne.

On donne ce nom à cette espèce de hernie dans laquelle les viscères s'engagent par le canal sous-pubien, c'est-à-dire par le canal qui donne passage à l'artère obturatrice, à la veine obturatrice et au nerf obturateur. On l'appelle encore hernie *ovulaire*, hernie *obturatrice*. Elle a été décrite par Garangeot le premier, et plus récemment par Hesselbach, J. Cloquet, Demeaux, B. Cooper.

**Anatomie pathologique.** Pour que cette hernie ait lieu, il faut que le péritoine s'engage par l'orifice supérieur ou interne du canal sous-pubien. Or, comme ce conduit est rempli par les vaisseaux et nerf obturateurs, ainsi que par une certaine quantité de tissu cellulaire, il est probable que l'intromission du péritoine dans le canal est précédée par l'absorption du tissu cellulaire qui s'y trouve. Le volume du sac varie depuis la grosseur du petit doigt jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. Le collet du sac répond en bas à l'arcade fibreuse commune ou fascia pelvien, à la membrane obturatrice et au muscle obturateur interne; en haut et en dehors, au périoste qui tapisse la gouttière sous-pubienne. L'artère et la veine obturatrices sont situées tantôt en dehors, tantôt en dedans, tantôt derrière le collet du sac, comme dans la figure 246, p. 722. Il en est de même du nerf obturateur. Le corps et le fond du sac sont placés tantôt entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe, tantôt sur la face antérieure du muscle obturateur externe, entre celui-ci et le pectiné.

Les figures intercalées p. 722 et 723, empruntées à la thèse de Vinson, montrent les rapports de la hernie sous-pubienne. La figure 246 représente la hernie vue par l'intérieur du bassin: B est la symphyse pubienne, S le sacrum, C l'os des îles, G le bout supérieur et I le bout inférieur de la portion d'iléon engagée dans le canal sous-pubien. On voit en PP le péritoine que l'on a détaché des parois du bassin aux environs du trou obturateur; en A l'artère obturatrice, en V la veine du même nom, en N le nerf obturateur; F est l'artère iliaque primitive, E la veine du même nom; DD une portion du muscle psoas iliaque. La figure 247 représente la