

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 *ovalaire*, 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

hernie en dehors du bassin : I l'os des îles, S la symphyse pubienne, L l'insertion supérieure du muscle droit antérieur, F le fémur. Le sac herniaire H est recouvert par trois petites masses graisseuses C C D. Le nerf obturateur N s'étale comme un ruban vers la partie externe du sac. L'artère obturatrice A et la veine obturatrice V sont situées le long de la partie interne du sac. Celui-ci est recouvert en partie par le muscle obturateur externe O, lequel muscle est séparé du petit adducteur P par une masse de tissu cellulo-graisseux M. Le moyen adducteur est représenté en G.

Les viscères généralement contenus dans la hernie obturatrice sont une portion d'intestin grêle ; quelquefois une partie d'intestin et d'épiploon, très-rarement la vessie.

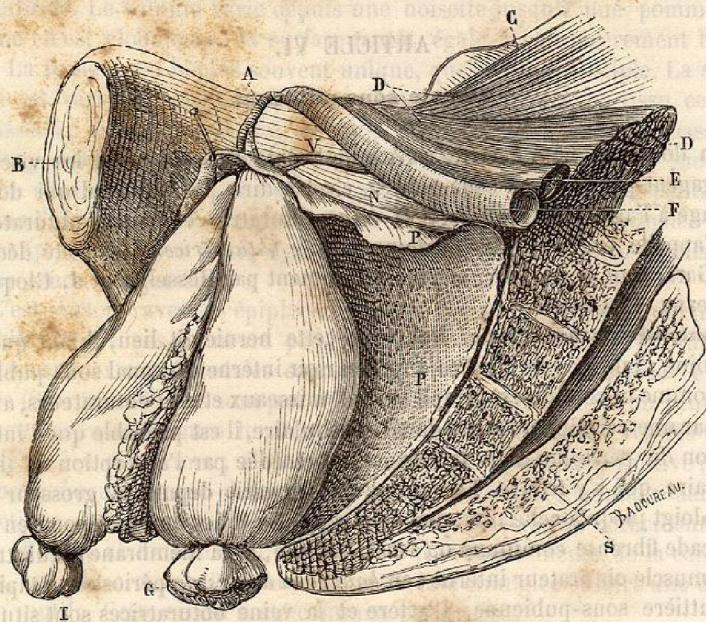


Fig. 246.

Symptômes. Dans la première période de son évolution, c'est-à-dire quand la hernie est encore dans le canal sous-pubien, les symptômes sont obscurs ; on observe les troubles fonctionnels communs à toutes les hernies. Dans la seconde période, lorsque le sac a franchi le canal, on constate, à la partie supérieure et interne de la cuisse, une tumeur mal circonscrite, située profondément, arrondie ou allongée dans le sens de la longueur du membre. Cette tumeur est située plus en dedans et en bas que la hernie *crurale*. Elle offre les caractères généraux des hernies (voir p. 632). Dans quelques cas, les muscles qui recouvrent la hernie sont soulevés et même écartés, ce qui permet à la tumeur de faire une saillie plus apparente sous la peau. On a conseillé, pour reconnaître la hernie, d'explorer la cavité du petit bassin par le toucher vaginal chez la femme, le toucher rectal dans les deux sexes.

Causes. La hernie sous-pubienne est plus commune chez la femme que chez l'homme. L'âge avancé a été considéré comme cause prédisposante, parce qu'à cette période de la vie, le tissu cellulo-graisseux qui remplit le canal obturateur se résorbe. D'après cela, on conçoit aussi l'influence de l'amaigrissement général.

Complications. L'étranglement de la hernie est occasionné, non-seulement par le collet du sac ou l'anneau aponévrotique du canal obturateur, mais quelquefois aussi par la pression qu'exercent sur les viscères déplacés les muscles adducteurs de la cuisse (B. Cooper).

Traitement. Pour réduire la hernie, on place le sujet dans la même attitude que pour la hernie crurale, et l'on comprime la tumeur de bas en

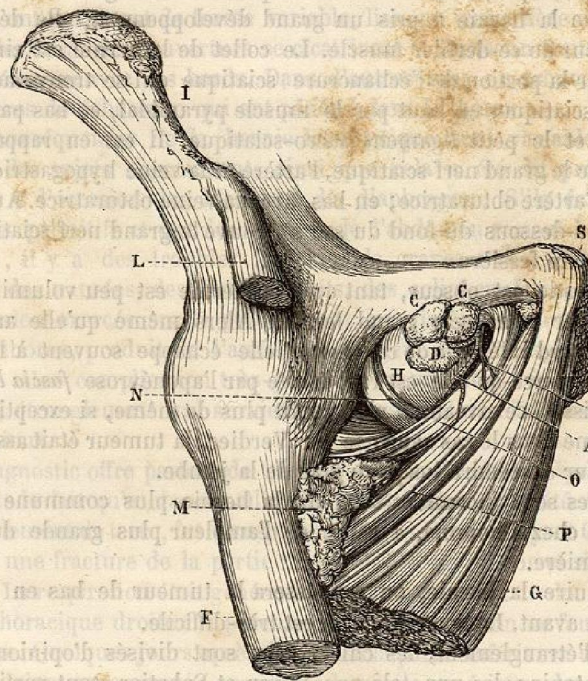


Fig. 247.

haut et de dehors en dedans, comme si on voulait la vider dans le bassin. La contention est difficile en raison de la profondeur de la tumeur : Garangeot préconise une pelote longue et cylindrique, formée de chiffons de linge usé, que l'on fixe au moyen du bandage en *spica* de l'aine ; A. Cooper préfère le bandage crural muni d'une pelote renflée à son extrémité.

En cas d'étranglement de la hernie, on mettra le sac à découvert en pratiquant une large incision extérieure ; on coupera transversalement ou obliquement les faisceaux musculaires du pectiné et du petit adducteur. La situation très-variable des vaisseaux obturateurs par rapport au collet du sac rend le débridement dangereux. Aussi Richter, Sabatier, Boyer,