

quoï faisait allusion Scarpa lorsqu'il portait pour l'exomphale étranglée un pronostic opératoire beaucoup plus sévère que pour les autres hernies.

Aujourd'hui, ces raisons de temporiser disparaissent devant la connaissance plus exacte de la nature des accidents et la sécurité que nous donne l'antisepsie; et on doit admettre que toute hernie ombilicale présentant les signes habituels de l'étranglement, c'est-à-dire la suppression du cours des matières et des gaz, doit être opérée aussitôt que possible. Cette règle est sans exception pour les petites hernies des jeunes sujets, où l'étranglement est dû presque toujours au pincement latéral d'une anse intestinale. Dans les hernies volumineuses, il faut distinguer : la hernie présente-t-elle pour la première fois cet ensemble de phénomènes qui caractérisent l'engouement : irréductibilité, douleur, constipation absolue? Si ces accidents sont récents, la glace et le repos au lit en viendront peut-être à bout. Il en sera de même pour une hernie depuis longtemps irréductible et qui a déjà été plusieurs fois le siège de semblables accidents. Dans ces deux cas, le chirurgien pourra attendre vingt-quatre heures, deux jours au plus, l'effet des moyens médicaux : au bout de ce temps, après des tentatives très modérées de taxis sous anesthésie, il opérera.

Et alors pas de demi-mesures : toute opération incomplète, telle que le débridement de l'anneau fibreux sans ouverture du sac (J.-L. Petit) ou à travers une simple ponction du sac (Demarquay), telle encore que l'incision du sac limitée au niveau de l'agent d'étranglement sur le pédicule (A. Cooper, Bryant), est illusoire. Ici plus que jamais il faut voir clair; que l'on fasse ou non l'omphalotomie d'emblée, ce qui sera décidé pour chaque cas d'après les considérations émises plus haut, le sac sera incisé largement, tout son contenu soigneusement exploré, et toutes les adhérences détruites à son intérieur dès qu'elles paraissent gêner le moins du monde le cours des matières; souvent, en effet, l'obstacle est ailleurs qu'au collet, et l'intestin s'est étranglé dans la hernie même. Cette destruction des adhérences ne va pas sans de grandes difficultés; dans les vieilles exomphales volumineuses, il faut souvent y renoncer, et l'anus contre nature reste la ressource suprême quand l'état de déchéance de l'opéré et quand la longueur de l'intestin adhérent s'opposent à une entérectomie avec suture. On ne doit pourtant pas se dissimuler la gravité du pronostic de l'anus contre nature ombilical, et, si l'état général du malade le permet, on pratiquera plutôt l'entérectomie avec suture, dût-elle porter sur une grande quantité d'intestin.

La gangrène intestinale sera traitée d'après les mêmes règles générales par l'anus contre nature ou la résection.

Quant à la gangrène avec péritonite herniaire, si fréquente dans les vieilles hernies engouées, d'ordinaire elle ne permettra que

l'incision du sac comme s'il s'agissait d'un phlegmon. Ainsi pourra s'établir un véritable anus contre nature spontané, dont le pronostic est beaucoup moins grave que celui de l'anus contre nature chirurgical. Cependant, si la hernie était peu considérable, renfermait peu d'épiploon, on tenterait la cure radicale avec résection de l'anse sphacélée, excision de tout l'épiploon enflammé et de tout le sac. Dans presque tous les cas d'omphalocèle étranglée, nous établissons un drainage à la Mikulicz, après la kélotomie; au bout de huit jours, les tampons sont enlevés et l'on fait la suture de la paroi abdominale.

La statistique suivante de O. Vulpius, malheureusement globale, donne une idée du pronostic de la kélotomie pour exomphale étranglée : 55 cas avec 9 morts, dont la plupart reviennent sans doute aux hernies volumineuses. Lejars, en 1896, sur 19 kélotomies ombilicales personnelles, relève 7 morts; mais, ainsi qu'il le fait observer, cette énorme mortalité de 37 p. 100 doit être attribuée surtout au retard apporté par les patients à venir consulter le chirurgien. Plusieurs de ses opérés en effet moururent d'un véritable empoisonnement stercoral; et chez d'autres, bien que l'obstacle fût levé, les phénomènes d'occlusion n'en continuèrent pas moins à évoluer, à cause de l'iléus paralytique développé par l'incarcération prolongée de l'intestin. La précocité de l'intervention est donc la condition primordiale du succès.

IV

HERNIES RARES

I. — HERNIES DIAPHRAGMATIQUES (1).

Ce n'est guère qu'à partir de 1842 qu'on trouve une étude de cette variété de hernie. Duguet étudie, en 1855, la hernie diaphragmatique congénitale. Boussac s'occupe surtout de son étranglement. Meunier reprend la question de la hernie congénitale. A. Desprès écrit un bon article sur ce sujet. Enfin Blum et Ombredanne font paraître un important travail sur les hernies diaphragmatiques dues à un traumatisme.

Étiologie. — On divise les hernies diaphragmatiques en *congénitales* et *traumatiques*, entre lesquelles on range une troisième variété qui porte le nom de *hernies graduelles*.

(1) AUZELLI, thèse de Paris, 1842. — DUGUET, thèse inaugurale, 1855. — BOUSSAC, thèse de Paris, 1887. — MEUNIER, thèse de Paris, 1889. — A. DESPRÈS, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1859, t. XI, art. DIAPHRAGME. — BLUM et OMBREDANNE, *Arch. gén. de méd.*, janvier et février 1896. — GROSS, RÖHMER et VAUTRIN, *Path. chir.*, t. II, p. 812.

Ces dernières se produisent au niveau d'un orifice naturel du diaphragme, qui s'est laissé distendre, ou bien d'un orifice anormal résultant du défaut de développement de ce muscle, ou bien encore d'un point faible, fissure, rupture ancienne du diaphragme, cicatrice, qui se laisse forcer.

La *hernie congénitale* remonte à la vie embryonnaire; elle se fait au niveau d'un orifice qui tient à un défaut de formation du muscle phrénique. Cruveilhier pensait que ce vice de développement est la conséquence et non point la cause de la hernie. Mais l'anomalie musculaire en question peut être due à toute autre cause que la pression des viscères (1).

Quant aux *hernies traumatiques*, elles peuvent se produire immédiatement après la plaie du diaphragme, ou bien quelque temps après sa production, que cette plaie, d'ailleurs, résulte d'une piqûre, d'une coupure, d'une contusion, ou même de la rupture des muscles par une chute ou un effort.

La forme et le siège des orifices herniaires du diaphragme varient beaucoup. Ronds, ovales, en croissant, ils peuvent être aussi étendus que le diaphragme même; car ce muscle peut manquer dans sa totalité. Plus fréquents à gauche, on les a cependant rencontrés dans toutes les portions de ce muscle.

J. Grange (2) a réuni une cinquantaine d'observations de ces hernies, recueillies parmi les plus complètes et les plus convaincantes. Dix se rapportent à des hernies congénitales. On voit que le sexe ne joue aucun rôle dans leur fréquence. Deux fois seulement le diagnostic fut porté pendant la vie; une de ces hernies fut incompatible avec la vie. Six fois la hernie s'est étranglée. La laparotomie a été faite dans quatre cas, et toujours suivie de mort; cette opération permit une seule fois de reconnaître la hernie diaphragmatique.

Symptômes et diagnostic. — La hernie diaphragmatique non étranglée passe inaperçue; l'attention du chirurgien n'est pas attirée de ce côté, assez pour qu'il songe à lui attribuer les troubles digestifs et l'impossibilité de l'effort qui sont les symptômes habituels, pensons-nous, de cette lésion, même à son début.

L'auscultation et la percussion permettent de reconnaître la présence de viscères abdominaux dans la cavité thoracique, au contact des poumons et du cœur; elles doivent être employées dès qu'on aura un soupçon de hernie traversant le diaphragme, et l'on pourra encore s'aider, comme l'a fait Maragliano (3), du procédé de Liebermeister, qui consiste à insuffler de l'air dans le rectum et à ausculter

(1) CHAMBRELENT et PRINCETEAU, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897. — GONDRAND, *Lyon médicale*, 1898.

(2) J. GRANGE, Contribution à l'étude de quelques variétés de hernies rares au point de vue de leur siège, thèse de Lyon, 1896, n° 1205.

(3) MARAGLIANO, *Riforma medica*, 1897.

et percuter le thorax pendant la dissémination du gaz dans l'intestin.

Mais quels sont les signes de l'étranglement d'une hernie diaphragmatique, et comment reconnaître cette complication. Annequin (1), qui en a observé un cas, dit: « Il faut examiner avec soin la possibilité d'une hernie diaphragmatique, lorsqu'on constate l'existence d'un étranglement interne à la partie supérieure de l'abdomen. Il y a surtout lieu d'y songer lorsque la dyspnée est précoce et que le type respiratoire est exclusivement costal supérieur. La douleur épigastrique est un symptôme assez constant; on signale la soif vive, le hoquet; mais il n'y a de réellement probants que les signes objectifs tirés de la percussion et de l'auscultation de la poitrine. La relation chronologique entre un étranglement interne et l'apparition de symptômes thoraciques unilatéraux est presque pathognomonique. »

Pour distinguer une hernie diaphragmatique étranglée d'un étranglement intra-abdominal, Karl Abel conseille de remarquer l'indolence et la rétraction du ventre en bateau, la voussure d'un côté du thorax, avec sonorité tympanique.

Traitement. — Un malade que l'on soupçonne atteint de hernie diaphragmatique devra éviter les exercices violents, les efforts en général.

L'étranglement d'une hernie de ce genre est en effet un accident des plus redoutables, et qui, lorsqu'il n'a pas cédé seul, et a exigé le secours de la chirurgie, s'est constamment, jusqu'ici, terminé par la mort. Il faut cependant opérer les hernies diaphragmatiques étranglées. Abel, Neumann, n'ont pas pu terminer une opération de ce genre. Galassie, O'Dwyer n'avaient pas fait le diagnostic de l'accident pour lequel ils intervenaient. Schwartz, qui avait fait en vain la laparotomie, ne découvrit qu'à l'autopsie une hernie diaphragmatique étranglée du côlon.

Lorsqu'on a fait le diagnostic de hernie diaphragmatique étranglée, comment faut-il intervenir?

Nussbaum conseille d'introduire la main dans le rectum et de ramener ainsi l'intestin hernié.

Péan conseille de faire une incision sous-costale. Permann Arsber (2) propose, non plus de passer par l'abdomen, mais bien d'inciser en fer à cheval la paroi thoracique avec résection temporaire des côtes. On pénètre dans la cavité pleurale, on réduit les viscères après avoir débridé l'orifice de la hernie qui est ensuite refermé; Permann estime qu'ainsi il conjure le danger capital créé par la hernie diaphragmatique: la compression du cœur et des gros vaisseaux par les viscères intestinaux, qui cesse dès que le thorax est ouvert.

(1) ANNEQUIN, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, t. XXI, 1893.

(2) PERMANN ARSBER, *Frau Sabbats Spiekun*. Stockholm, 1889.

Schwartz et Rochard (1) concluent aussi à l'intervention par la voie thoracique, même dans les cas où la laparotomie aurait fait reconnaître la hernie diaphragmatique. Il faudrait réséquer la neuvième côte, exciser la plèvre, et traiter de façon appropriée le contenu de la hernie et son sac. Mais cette voie elle-même, fût-elle toujours accessible, ne saurait convenir à tous les cas ; dans les hernies progressives en effet, ainsi que Bérard et Gallois (2) viennent de le montrer récemment, il peut exister entre la plèvre diaphragmatique, le sac et son contenu des adhérences telles que toute cure radicale soit impossible.

II. — HERNIES ÉPIGASTRIQUES.

Les orifices que présente la ligne blanche au-dessus de l'ombilic peuvent être le point de départ d'un groupe spécial de hernies, remarquables par l'intensité des phénomènes qu'elles provoquent et par l'exiguïté de leurs dimensions.

Cet antagonisme a donné lieu de tout temps à de nombreuses discussions qui n'ont eu des bases sérieuses que depuis les premières tentatives de cure radicale (3). Alors seulement on a pu se rendre compte de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de ces lésions.

Pathogénie et anatomie pathologique. — La ligne blanche forme au-dessus de l'ombilic un ruban aponévrotique de 3 centimètres de largeur. Tendue entre la graisse sous-cutanée qui lui est très adhérente et la graisse semi-fluide en connexion avec le péritoine pariétal, ce ruban a une texture spéciale étudiée par M. Poncet (4). Il est constitué par les fibres aponévrotiques des muscles abdominaux, qui s'entre-croisent sur la ligne médiane en formant des nattes très aiguës. Un nombre variable d'orifices elliptiques se trouvent ainsi délimités.

Cette graisse extrapéritonéale a toute facilité pour s'insinuer dans ces orifices : elle entraîne le péritoine à sa suite, comme le testicule dans sa descente. Ce rôle pathogénique prépondérant, déjà entrevu par les auteurs, Scarpa, Pelletan, Cloquet et Velpeau, a été nettement établi par J. Lucas Championnière qui pratiqua les premières cures radicales.

Les orifices dilatés ne tardent pas à s'arrondir et à se transformer en de véritables anneaux fibreux. Ces anneaux contiennent, suivant le degré évolutif de la lésion, d'abord une petite masse graisseuse

(1) SCHWARTZ et Eugène ROCHARD, *Revue de chir.*, 1892.

(2) BÉRARD et GALLOIS, A propos d'un cas de hernie diaphragmatique étranglée (*Bulletin médical*, 1898).

(3) SAINT-BONNET, thèse de Paris, 1887. — LE PAGE, thèse de Paris, 1888. — CHAILLOUX, Étude sur la hernie épigastrique et son traitement. — C'est le dernier travail d'ensemble sur la question. Nous lui avons fait de nombreux emprunts.

(4) PONCET, Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales, 1877.

avec un diverticule péritonéal inhabité ; puis ce diverticule dilaté devient un véritable sac qui peut renfermer une bride épiploïque, ou, à un dernier degré, une petite portion intestinale.

Terrier a distingué quatre groupes de hernies épigastriques qui sont des étapes différentes de l'évolution que nous venons de décrire : les hernies *graisseuses simples avec ou sans diverticule péritonéal* ; les hernies *graisseuses avec un sac péritonéal contenant de l'épiploon* ; les hernies *épiploïques franches, sans lipome* ; enfin les *hernies intestino-épiploïques* (1).

La hernie épigastrique est le plus souvent simple. M. Berger (2) en a observé trois ou quatre superposées. Son orifice circulaire est épaissi. Le sac est plus ou moins confondu avec l'atmosphère graisseuse qui l'a entraîné. Dans les cas anciens, il est très adhérent à l'orifice, et alors, épaissi aussi, ayant un véritable collet, il peut être plus ou moins dépouillé de sa graisse et rappeler les sacs de hernies ombilicales.

Le contenu varie, comme le montre la classification de M. Terrier. Il est le plus souvent constitué par de l'épiploon : il est plus rare d'y rencontrer de l'intestin, mais alors on peut y rencontrer toutes ses parties : intestin grêle, cæcum, iléon, côlon transverse. On a affirmé que les troubles digestifs violents causés par la hernie épigastrique étaient dus à la présence de l'estomac : les interventions chirurgicales ont montré que cette affirmation était controuvée. Les dimensions du sac sont trop exiguës pour que ce viscère, qui peut très bien descendre dans les énormes sacs ombilicaux, puisse s'engager ici.

Étiologie. — Sauf Vidal (de Cassis) (3), tous les auteurs considèrent la hernie épigastrique comme plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; la moindre exposition aux conséquences de l'effort et du traumatisme agit ici comme pour les autres hernies. Pour la même raison, c'est une affection de l'âge adulte, malgré les cas exceptionnels de Cooper, Lepage et Walter. L'hérédité aurait la même influence que pour les autres hernies. La coïncidence fréquente de la hernie épigastrique avec une autre est une confirmation de cette communauté étiologique.

Suivant Witzel, on la rencontrerait souvent chez les malades atteints d'affections organiques de l'estomac ; la seule relation à établir entre les deux genres d'affections, c'est l'amaigrissement qui, conséquence des unes, est souvent une cause occasionnelle des autres.

L'effort, le traumatisme sont des causes occasionnelles possibles, mais non nécessaires, de la hernie épigastrique. Il est des cas indéniables : ceux de Roth, de Witzel, de Berger.

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, 1889.

(2) BERGER, in *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, 2^e éd., 1898, t. VI.

(3) VIDAL (de Cassis), Des hernies ombilicales et épigastriques, thèse d'agrégation, 1848.

L'influence de la grossesse est indiscutable dans quelques cas (Lucas Championnière). Mais ce qui domine toute l'étiologie de la hernie épigastrique, c'est l'évolution des pelotons graisseux sous-péritonéaux à travers les orifices de la ligne blanche, et l'influence de la poussée abdominale.

Symptomatologie. — Les symptômes sont locaux et fonctionnels. Les seconds sont intenses, comme nous verrons, et peuvent d'autant mieux donner le change que les premiers passent plus facilement inaperçus.

Localement, on constate une tuméfaction de petit volume, celui d'une noix, d'un œuf. Sa forme le plus souvent est celle d'un ovoïde dont le grand axe est vertical, mais pas nécessairement. La consistance varie avec le contenu. La pression est douloureuse et permet de révéler la présence de la hernie, quand l'épaisseur du pannicule adipeux la voile complètement à la vue (inspection du profil de l'abdomen) ou au palper.

La tumeur réductible subit peu de modifications par la toux ou l'effort. Dans un travail récent, Litten (1) insiste sur un signe nouveau. Si l'on fait tousser le malade debout, le haut du corps renversé en arrière, ou couché, en appliquant la main sur la saillie abdominale, on perçoit un ébranlement vibratoire, une sorte de frémissement qui donne la sensation tantôt du choc d'un liquide, tantôt de pois projetés contre la main. Litten pense que le liquide intestinal, comprimé par l'effort, vient heurter les parois de l'intestin et y détermine des vibrations qui se transmettent au sac herniaire. La sensation de pois serait due à la projection des petits lobules graisseux de l'épiploon.

La percussion, pour déterminer la nature du contenu de la hernie, ne donne des renseignements que si la hernie a atteint un certain volume : ce sont alors les signes ordinaires de la présence de l'intestin, quand il y a lieu.

Telle qu'elle se présente le plus souvent, la hernie épigastrique peut très bien être méconnue et l'intensité des symptômes fonctionnels égare le diagnostic. Douleurs irradiées aux hypocondres rappelant les douleurs en ceinture et tiraillements d'estomac qui s'exagèrent après les repas, — vomissements qui, dans certains cas, compromettent l'alimentation du malade : tout ceci constitue un ensemble qu'on retrouve, suivant Chailloux, à peu près analogue dans l'ataxie locomotrice. Cet auteur, qui fait un tableau très noir de ces troubles digestifs, insiste sur un fait intéressant : la démarche des malades qui avancent courbés en deux pour relâcher leurs muscles abdominaux. Pour lui, les douleurs de l'estomac sont explicables en partie par les tiraillements du grand épiploon qui s'insère sur la grande courbure ; mais les mêmes causes existent dans les autres variétés

(1) LITTEN, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 8 avril 1895, p. 306.

de hernie? Cette intensité des phénomènes, qui existe même dans les hernies non habitées, s'explique par la compression des pédicules vasculo-nerveux qui passent par les orifices normaux de la ligne blanche (Gussenbauer). Ces filets nerveux, qui appartiennent aux cinq derniers nerfs intercostaux, sont également l'origine des douleurs en ceinture et de la tendance aux vomissements : on connaît leurs anastomoses avec les plexus que les phréniques forment dans le diaphragme.

Les hernies épigastriques, qui deviennent souvent irréductibles, s'étranglent rarement. Dans ce cas, les phénomènes s'établissent rapidement, et la gangrène herniaire est la règle.

Le *diagnostic* est difficile quand la hernie est petite. L'identité des troubles fonctionnels fait penser à des gastralgies, des dyspepsies, etc., dont l'origine échappe et effraie. Nous avons parlé du diagnostic du contenu et de sa difficulté. Il faut penser aussi aux pincements d'une portion d'intestin par une fissure sus-ombilicale (1).

Traitement. — La contention par bandages est illusoire. Les appareils, analogues à ceux qu'on emploie dans la hernie ombilicale, sont d'une contention difficile, d'autant plus que la hernie est plus rapprochée de l'appendice xyphoïde. La pelote, du reste, ne peut que contribuer à élargir l'anneau et à comprimer ces pédicules vasculo-nerveux qui jouent un si grand rôle dans la production des douleurs.

Le traitement chirurgical, bien réglé par M. Terrier (1886), doit avoir toutes les préférences. Quelle que soit la variété à laquelle on a affaire, il faut pratiquer la cure radicale, c'est-à-dire incision du lipome herniaire, reconnaissance du prolongement péritonéal ; après ouverture et refoulement de son contenu quand il y a lieu, on le ligature et on l'excise. Puis suture par étages des parois de la plaie, comme pour la hernie ombilicale.

Les récidives semblent exceptionnelles. Chailloux, sur les dix malades opérés par Lucas Championnière, a pu en retrouver cinq un long laps de temps après l'opération : chez tous les cinq, la guérison s'était parfaitement maintenue.

III. — HERNIES ADOMBILICALES.

La hernie adombilicale est celle qui se fait par un orifice voisin de l'ombilic, mais cependant distinct de l'orifice ombilical.

Elle a sa place à côté des hernies de la ligne blanche sus et sous-ombilicale, et ne saurait pas plus être confondue avec elles qu'avec la hernie ombilicale proprement dite.

Historique. — J.-L. Petit, en 1738, croyait que la cicatrice ombilicale était très résistante et admettait en conséquence que la hernie

(1) VERNET, thèse de Paris, 1891.

ombilicale sortait à côté de l'anneau ; sur cent hernies dites ombilicales, il pensait qu'il n'y en avait pas deux qui sortaient par l'anneau. Richter disait que la hernie sortait par l'anneau chez les enfants, et à côté de lui chez l'adulte. Pour Scarpa, c'était autour de cet orifice que se faisait la hernie. Boyer considérait, comme Petit, que l'issue par l'anneau était très rare.

Astley Cooper, contrairement à J.-L. Petit, pense que c'est par l'anneau que s'échappent la plupart des hernies ombilicales. Velpeau, Bérard (Vidal, de Cassis), Cruveilhier, Broca et Faucher sont du même avis. Gosselin (1) déclare ne pas être en mesure de dire quelle est la plus fréquente des deux variétés, ombilicale ou adombilicale. Aujourd'hui tout le monde est d'accord pour admettre que la hernie ombilicale est plus fréquente que la hernie adombilicale.

Anatomie pathologique. — Cette hernie n'est souvent qu'une simple hernie graisseuse. L'orifice qui lui donne naissance est formé par l'élargissement des points faibles des fibres aponévrotiques de la ligne blanche, qui, à l'état normal, sont remplies de pelotons de graisse. Cette hernie siège au voisinage de l'ombilic, tantôt sur la ligne médiane ou à peu près, tantôt à droite ou à gauche de l'anneau ombilical.

Étiologie. — Mécanisme. — On a cité comme causes immédiates de cette hernie les efforts de vomissements, ou autres, et les traumatismes portant sur la paroi abdominale antérieure. — On admet classiquement que cette hernie se produit chez l'adulte après que l'ombilic est bien cicatrisé et forme un point solide de la ligne blanche. Mais cette hernie a besoin pour se produire de l'existence de diverticules dont le péritoine creuse la paroi abdominale congénitalement et sur lesquels nous avons insisté ailleurs (2). Elle augmente progressivement ; à la suite d'un peloton adipeux, l'épiploon et parfois l'intestin s'engagent ; c'est alors qu'on peut constater autour d'elle un véritable sac.

Comme causes prédisposantes à cette hernie, et pouvant même la créer lorsque les points faibles qui, pour nous, sont congénitaux n'existent pas, il faut signaler la distension de la paroi et la création d'éraillures par le fait de la pression, de l'ascite, de l'obésité.

Symptômes. — Diagnostic. — Traitement. — Une hernie est adombilicale lorsqu'elle siège au pourtour de la cicatrice ombilicale à moins de 2 centimètres d'elle. Mitchell Banks (3), Houzel (4) ont rapporté chacun un cas d'une de ces hernies étranglées et opérées avec succès.

(1) GOSSELIN, Leçons sur les hernies abdominales. Paris, 1864.

(2) REY, La hernie ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte, thèse de Lyon, 1894.

(3) MITCHELL BANKS, *Med. Times and Gazette*, 1884, p. 74.

(4) HOUZEL, *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 1240.

J.-L. Reverdin (1) a aussi opéré et guéri une hernie adombilicale devenue irréductible.

Cette hernie peut donner lieu aux mêmes symptômes subjectifs que les hernies ombilicales. Seul son siège permet de la différencier des hernies de la ligne blanche et épigastriques, ainsi que des hernies ombilicales. Car le début et le mode de développement de toutes ces hernies peuvent être les mêmes. C'est donc un examen local minutieux qui fera faire le diagnostic, qui est purement anatomique, et l'on ne s'arrêtera pas trop au signe de Richter qui veut que, puisque l'anneau ombilical est rond, la hernie ombilicale soit aussi ronde, tandis que, la fente dans la ligne blanche étant allongée, la hernie de la ligne blanche est aussi allongée.

Nous n'avons pas à insister sur la nécessité de la cure radicale de cette hernie ni sur la façon de la réaliser, qui ressemble à la manière de traiter les hernies de la ligne blanche en général.

IV. — HERNIE DANS LA GAINE DU MUSCLE GRAND DROIT.

Cette hernie se produit à la suite de la rupture d'un des muscles grands droits de l'abdomen. Dans les contusions de la paroi abdominale que font les ruptures musculaires, c'est presque toujours le muscle grand droit qui se déchire et très rarement le grand et le petit obliques (Larrey). D'après Boyer et Larrey, la rupture du grand droit siège surtout dans la partie sous-ombilicale, et dans cette portion où la face postérieure des muscles est dépourvue d'aponévrose. Or c'est dans le cinquième inférieur que les aponévroses des muscles transverses et petit oblique se joignent en totalité à l'aponévrose du grand oblique pour passer avec elle au-devant du grand droit, tandis que dans les quatre cinquièmes supérieurs le feuillet postérieur de la gaine du grand droit existe et est constitué par la réunion de l'aponévrose du transverse et du feuillet postérieur du petit oblique. Duplay (2) a rapporté un cas de hernie de la gaine du muscle grand droit dans lequel une chute avait amené, chez une femme d'une cinquantaine d'années, une rupture du grand droit avec déchirure de son feuillet postérieur. Duplay put même constater, par l'opération, que le feuillet antérieur de la gaine était ouvert et avait été éraillé et distendu en un point par la masse épiploïque qui formait la hernie.

Le *diagnostic* de cette hernie est difficile.

Par exemple, Duplay l'avait prise pour un fibrome de la paroi.

Le *traitement* est la cure radicale avec réduction de l'intestin et de l'épiploon, puis reconstitution et suture des divers plans de la paroi abdominale.

(1) J.-L. REVERDIN, *Rev. de chir.*, 1887, p. 1002.

(2) DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1895.