

V. — HERNIE DE LA LIGNE SEMI-LUNAIRE DE SPIGEL.

Cette variété a été signalée par Astley Cooper, mais c'est D. Mollière qui a attiré l'attention sur elle en 1877 (1) et lui a donné son nom. « On la rencontre, dit-il, presque toujours au niveau du tiers interne d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic, un peu au-dessous de cette cicatrice. » C'est sur le bord externe du grand droit, à la jonction du feuillet postérieur de la gaine de ce muscle et de l'aponévrose du transverse, que s'échappe cette hernie. Des orifices vasculaires creusent à ce niveau les fibres du transverse; ils seraient, d'après Cooper, les voies que suivraient ces hernies. Mais Ferrand (2) pense qu'elles suivraient plutôt les branches de l'artère épigastrique dans leur passage entre l'aponévrose du transverse et celle du petit oblique pour arriver dans la gaine du grand droit.

Un point reste certain : c'est que cette variété de hernies se produit sur la ligne semi-circulaire de Spigel.

Leurs dimensions peuvent être considérables, au point de pouvoir contenir l'épiploon, le cæcum, le colon, et même tout l'intestin grêle.

Leur évolution est lente; en effet, un accouchement peut en être la cause.

Il faut maintenir ces hernies pour les empêcher de s'accroître, et, mieux encore, aujourd'hui il faut les opérer. Cependant les hernies des vieillards, celles qui sont volumineuses, ne sont guère justiciables que du port d'un bandage ou d'un appareil approprié.

VI. — HERNIE VENTRALE PAR ABSENCE DE PAROI ABDOMINALE.

Il est des anomalies qui consistent dans l'absence des parois musculaires de l'abdomen sur une certaine étendue : ce sont des arrêts de développement dont le mécanisme est très obscur et qui peut-être se rapproche de celui qu'admettait Cruveilhier pour certaines hernies diaphragmatiques congénitales : la projection en masse des viscères abdominaux refoulant devant eux la paroi en voie de formation. Ces hernies diffèrent des hernies des cicatrices par leur étiologie, et des hernies de faiblesse des vieillards qui résultent d'un affaiblissement des muscles de la paroi qui se laissent distendre.

1° Voici un exemple de la hernie congénitale (3). Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans. La mère étant enceinte de lui, de cinq mois, fut entraînée dans un escalier et roula. L'enfant naquit à terme, mais

(1) D. MOLLIÈRE, *Congrès des sc. méd.* Genève, V^e session, 1877.

(2) J.-A.-M.-J. FERRAND, thèse de Paris, 1881.

(3) CHAPLIN, MACREADY, in *The Lancet*, 15 nov. 1890.

porteur d'une anomalie cardiaque, d'un pied bot, et de l'absence partielle des muscles abdominaux. Lorsque le sujet est debout, qu'il ne fait pas d'effort, il n'y a rien d'anormal; fait-il un effort: une tumeur apparaît dans chaque flanc, plus volumineuse à droite, et occupant l'espace compris entre l'arc costal et la crête iliaque, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne semi-lunaire de Spigel.

Les muscles font défaut au niveau de ces tumeurs. Au repos, on perçoit les rebords de la paroi qui s'est arrêtée en chemin et qui manquerait depuis la masse sacro-lombaire en arrière jusqu'à une ligne abaissée verticalement de l'extrémité libre de la douzième côte en avant.

2° Le plus souvent la paroi abdominale a été détruite par une contusion, qui a été réalisée par une chute sur le ventre, le choc d'un timon de voiture, etc., une plaie pénétrante, une suppuration, et surtout une opération, une laparotomie qui s'est accompagnée d'infection des fils de suture et d'éventration : les hernies qui suivent l'ouverture chirurgicale du ventre s'appellent *éventrations*, ou encore *hernies des cicatrices*. Toutes ces hernies sont justiciables de la cure radicale qui a pour but la réfection plan par plan des parois abdominales, après réintégration de la masse herniée. Il faut peut-être faire exception, à ce point de vue, pour les hernies des cicatrices qui s'accompagnent d'adhérences de l'intestin sur une grande surface à la face profonde du sac qui n'est formé que par la peau. Il n'y a plus de péritoine; celui-ci s'est écarté de chaque côté avec les plans musculo-aponévrotiques, et, si l'on incise la cicatrice, on sectionne en même temps les anses intestinales qui sont immédiatement collées entre elles et dont le détachement et la dissection seraient des plus pénibles. C'est pourquoi, lorsque les conditions opératoires dans lesquelles aura été effectuée la première laparotomie (opérations septiques, drainage abdominal), les troubles fonctionnels, l'exploration de la poche herniaire fournissent des signes de présomption pour l'existence de ces larges adhérences, il faudra, songeant au danger des laparotomies secondaires et à la possibilité de blesser les anses intestinales adhérentes (1), réduire en invaginant la hernie, et faire en avant d'elle, pour la maintenir, une ceinture naturelle avec de la peau seule, ou avec la peau et les aponévroses, comme Simon et nous même l'avons recommandé. Il nous est arrivé, chez une malade, de faire trois étages successifs et superposés de cette ceinture naturelle.

VII. — HERNIE OBTURATRICE.

La hernie obturatrice a été successivement désignée sous les noms de *hernie ovalaire* par Garengéot, de *hernie sous-pubienne* par Bérard,

(1) SERULLAZ, Contribution à la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérences intestinales, thèse de Lyon, 1895.

de *hernie iliaque antérieure* par Hesselbach, de *hernie thyroïdale* par Cooper ; elle est constituée par l'issue des viscères abdominaux dans le canal obturateur.

Le premier cas a été observé par Arnaud de Reutil et rapporté en 1724, deux ans après, par Duverney.

Niée par Reneaulme de la Garenne en 1726, elle fut bien étudiée, en 1743, par Lecroissant et Garengéot.

Aujourd'hui le nombre des faits rapportés dépasse 170. L'historique de cette question est particulièrement traité dans la thèse de Pimbet (1882). Sigmund Auerbach, en 1890 (1), publie un important travail. Picqué et Poirier (2) font paraître une monographie très complète. Englisch (3) passe en revue 135 observations. Après lui, faut citer Borck (de Rostock), qui apporte un nouveau cas (4), et von Rogner-Gusenthal, qui lui aussi a observé un fait important et bizarre (5). Berger, enfin (6), écrit sur la hernie obturatrice un bon travail inaugural et signale deux de nos observations.

La même année, Gerdes de Jeder fait connaître un dernier cas (7).

Étiologie. — Cette hernie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Faut-il incriminer, avec Auerbach, pour le sexe féminin, l'influence des grossesses qui relâchent le péritoine et favorisent son plissement, la plus grande capacité pelvienne, l'inclinaison plus accusée du bassin qui fait que la presse abdominale agit verticalement sur le trou obturateur ? Ne convient-il pas d'ajouter à ces causes secondes une autre mise en évidence par Picqué et Poirier, la prédominance des diamètres transversaux du bassin féminin ? Tandis que le diamètre vertical du trou obturateur mesure chez l'homme 5 centimètres et demi, et le diamètre transversal 3 centimètres et demi, chez la femme le vertical n'a que 5 centimètres, mais le transversal dépasse 3 centimètres et demi et arrive une fois sur deux à 4 centimètres.

Les statistiques donnent en effet, sur 140 cas de hernies obturatrices, 118 femmes et 18 hommes ; 4 cas ne font pas mention du sexe.

C'est une affection de l'âge avancé, et ce n'est que deux ou trois fois que Berger, Eschenbach, Klinbosch l'ont mentionnée sur des enfants ou des adolescents.

La maigreur du sujet, l'ascite, ne sont que des causes prédisposantes, et il semble bien en être de même de la couche graisseuse sous-péritonéale, inconstante d'ailleurs, à laquelle Picqué et Poirier

(1) SIGMUND AUERBACH, *Munch. med. Wochenschr.*, 1890.

(2) PICQUÉ et POIRIER, *Revue de chir.*, 1891-1892.

(3) ENGLISCH, *Wiener klin. Wochenschr.*, 1890.

(4) BORCK (de Rostock), *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1893.

(5) VON ROGNER-GUSENTHAL, *Wien. med. Presse*, 1898.

(6) BERGER, thèse de Lyon, 1895.

(7) GERDES DE JEDER, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895.

veulent faire jouer un rôle dans la région du canal sous-pubien, comme ailleurs.

Il faut constater que cette hernie est plus fréquente à droite qu'à gauche, malgré des statistiques contradictoires.

CAUSES ACCIDENTELLES. — Le plus souvent la cause de la hernie obturatrice manque ou n'a pas été remarquée.

Cependant, parfois il a été remarqué, au moment de la production de cette hernie, qu'un effort avait été fait : c'est en soulevant un fardeau, en mettant une chaussure, en déplaçant une caisse, en balayant le sol, en faisant un effort de garde-robe, pendant la marche, après un exercice fatigant, après un faux pas, une chute, une quinte de toux, selon les malades observés par divers chirurgiens qui ont recueilli d'eux ces renseignements, que la hernie est apparue.

Il n'est pas rare de constater la coïncidence de cette hernie avec des hernies inguinales ou crurales.

Anatomie pathologique. — **TRAJET HERNIAIRE.** — La hernie du canal obturateur peut se faire en trois points principaux, et constituer par suite trois variétés : 1° dans le canal obturateur lui-même ; 2° entre la partie moyenne et la partie supérieure du muscle obturateur externe ; 3° entre les deux membranes obturatrices.

Le trou obturateur ou sous-pubien est bouché par une aponévrose, dite membrane obturatrice. Cette membrane s'insère sur tout le pourtour de ce trou, sur le pubis et l'ischion, et sur la face pelvienne de ces os. Elle donne insertion aux deux muscles obturateurs, interne et externe, chacun s'attachant sur la face correspondante de l'aponévrose. Elle est formée, en bas, d'un plan fibreux simple ; mais en haut elle s'épaissit et vient se fixer d'une part à la lèvre postéro-interne, pelvienne, de la gouttière oblique de la face inférieure de la branche horizontale du pubis, et, d'autre part aussi, par un dédoublement résistant, à la lèvre antéro-externe, cotyloïdienne, de cette gouttière. On réserve le nom de membrane obturatrice externe à ce dédoublement, le reste de la membrane s'appelant membrane obturatrice interne.

De ce dédoublement en haut de la membrane obturatrice qui est simple en bas, il résulte un canal ostéo-fibreux, résultant de l'insertion des deux membranes obturatrices sur les lèvres antérieure et postérieure de la gouttière sous-pubienne, canal que le nerf et les vaisseaux obturateurs parcourent de dehors en dedans, de haut en bas et d'arrière en avant.

Les hernies obturatrices de la première variété s'engagent dans ce canal ; elles seules sont placées entre les deux membranes obturatrices, au-dessus du pubis ; l'orifice interne de leur trajet est limité en haut par le bord mousse de la gouttière sous-pubienne, en bas par l'arcade fibreuse qui reçoit les fibres de l'obturateur interne, et l'orifice externe est formé en haut par le bord antérieur de la gouttière sous-pu-

bienne, en bas par l'arcade aponévrotique où s'insère l'obturateur externe.

La deuxième variété comprend les hernies qui font saillie entre les faisceaux supérieur et moyen du muscle obturateur externe. Les nerfs et les vaisseaux obturateurs se divisent : il en résulte un paquet vasculo-nerveux qui descend entre les deux faisceaux de l'obturateur externe et sert de conducteur pour la catégorie de hernies dont il est question.

Quant à la hernie de la troisième catégorie, elle descend entre les deux membranes obturatrices, puis sur la face profonde de l'obturateur externe, qui, cette fois-ci, n'est pas traversé, et au contact de la membrane obturatrice.

Il existe encore bien d'autres particularités de siège qui ont été signalées, mais leurs auteurs semblent les avoir multipliées et compliquées comme à plaisir. Tenons-nous-en aux trois catégories principales qui viennent d'être décrites.

VOLUME DU SAC. — Habituellement, la hernie est petite parce qu'elle est récente et qu'elle a été occasionnée par un effort ; mais parfois des hernies de grande dimension, anciennes, de faiblesse, ont été signalées, telles celle de Santiago qui descendait au genou, celle de Velpeau et Bérard qui avait le volume d'une tête d'adulte.

CONSTITUTION DU SAC. — C'est le péritoine qui le forme : il glisse, et cela poussé par la presse abdominale, bien que cependant il puisse aussi être attiré par de petits lipomes qui ont été ici remarqués. En tout cas, l'aponévrose périnéale supérieure n'est pas entraînée avec lui. Une fois, on a signalé à la place du péritoine un gros peloton graisseux (Gerdes de Jeder).

CONTENU. — L'intestin grêle a été le plus souvent rencontré, pincé latéralement, ou au contraire avec une anse complète ; l'appendice iléo-cæcal, la vessie, n'y ont été vus qu'exceptionnellement. Mais il n'en est pas de même pour les organes génitaux internes de la femme, la trompe, l'ovaire et l'utérus, qui y ont été maintes fois reconnus, entre autres par Brunner, Picqué, Chiene, von Rogner, et dont la présence dans une hernie obturatrice trouve, entre autres explications, celle du voisinage et du glissement.

RAPPORTS. — Les hernies des deux premières variétés peuvent arriver, en grossissant, à glisser des parties profondes vers les parties superficielles, de façon à devenir sensibles au travers des muscles écartés de la face interne de la cuisse ; il n'en est pas de même pour la troisième variété, qui reste, par définition même, enfouie sous la face profonde de l'obturateur externe.

Quant aux rapports de ces hernies avec le paquet vasculo-nerveux obturateur, ils sont des plus variables.

La hernie de la première variété est habituellement en avant et en dedans de lui, mais à condition que l'obturatrice vienne de l'iliaque

interne, et encore on peut rencontrer la dissociation du paquet autour du sac. Il n'est pas rare de rencontrer un cercle artériel véritable autour du collet, qui défie toute indication précise au sujet du point à débrider dans la herniotomie. En général, et c'est tout ce qu'on peut dire, dans la première variété, réserves faites pour les anomalies, le sac repose sur les vaisseaux, et ceux-ci reposent sur le sac dans la deuxième et la troisième variétés.

Symptômes. — La hernie obturatrice qui ne détermine pas d'accidents passe habituellement inaperçue, sauf dans le cas où, quoique silencieuse au point de vue de ses réactions sur le tube digestif, elle est assez volumineuse pour former une saillie à la racine du membre inférieur.

Les troubles fonctionnels qu'elle peut causer sont des coliques, des vomissements, de l'engourdissement ou des crampes dans le membre inférieur. Les crises douloureuses tiennent probablement à un peu d'inflammation herniaire, comme le pense Picqué. Mais il est rare que les phénomènes objectifs puissent les faire rattacher à la hernie, parce que celle-ci ne pénètre qu'exceptionnellement à travers les muscles adducteurs, et qu'on a une sensation de tuméfaction profonde et diffuse, en dehors du scrotum chez l'homme, de la grande lèvre chez la femme.

Ce sont donc les accidents d'obstruction provoqués par la hernie qui attirent l'attention sur elle. Quelquefois ce sont de véritables signes d'étranglement intermittent ; d'autres fois il s'agit de crampes irradiées à la jambe et au genou. La pression au niveau du pectiné, en face du canal obturateur, réveille une douleur qui est alors pathognomonique.

Le *toucher vaginal*, ainsi que le *toucher bimanuel vaginal et rectal*, sont d'un grand secours : ils permettent d'aborder l'orifice interne du canal sous-pubien et d'y reconnaître une tumeur, une corde, qui tiennent à la hernie. C'est une manœuvre analogue que l'on a utilisée pour la réduction ; la main dans le vagin cherchait à attirer la hernie dans le ventre, pendant que l'autre main appuyait sur l'hypogastre.

Mais le signe capital dans la hernie obturatrice est celui que Romberg a bien décrit et qui porte son nom. Il consiste dans des douleurs sourdes et profondes qui siègent dans la profondeur de la région antéro-interne de la cuisse ; elles peuvent être subites et sillonner rapidement la cuisse ; elles peuvent ressembler à des névralgies, suivant les muscles adducteurs, allant au genou, quelquefois au pied et au gros orteil. Les mouvements les exaspèrent ; les adducteurs peuvent se contracturer ou bien se paralyser ; la cuisse est attirée et immobilisée en flexion. Ce signe de Romberg est le résultat de la compression du nerf obturateur par la hernie dans

le canal sous-pubien; il fait comprendre l'obtusion de la sensibilité dans le territoire de ce nerf, ainsi que les crampes et la parésie des groupes musculaires qu'il commande.

Ces accidents propres aux hernies obturatrices peuvent disparaître, soit spontanément, soit sous l'influence du taxis; ils peuvent, au contraire, persister et augmenter d'intensité jusqu'à nécessiter la herniotomie et entraîner la mort si l'étranglement n'est pas levé. On a dit que dans le premier cas il s'agit simplement d'un peu de péritonite herniaire, et qu'il ne saurait être question d'étranglement encore dans le deuxième. Picqué faisait remarquer que dans nombre des faits de la première catégorie on n'avait pas retrouvé de sillon de constriction sur la hernie, et qu'au contraire l'intestin paraissait enflammé. Mais il ne faut voir, avec Berger, dans ces différents états, que des modalités variables de l'étranglement herniaire, plus ou moins accusé, suivant une foule de circonstances qui n'ont rien de spécial pour la hernie obturatrice.

Diagnostic. — Il est bien rare qu'une hernie obturatrice qui ne s'accompagne pas d'accidents soit reconnue. La présence dans la région des adducteurs d'une tumeur profonde, réductible, se gonflant sous l'effort, peut faire croire à une hernie, à un abcès migrateur, à des varices; les hernies crurales périnéales suivent une autre voie que la hernie obturatrice, et par ce seul signe anatomique du siège, de leur pédicule, elles ne sauraient être confondues avec la hernie dont nous nous occupons.

Une hernie obturatrice étranglée peut parfaitement être méconnue et elle l'a presque toujours été: nous n'avons qu'à insister sur la nécessité de rechercher, en face d'une obstruction intestinale dont la cause est inconnue, le signe de Romberg, les renseignements fournis du côté du trou obturateur par le toucher vaginal. Mais nous ferons remarquer que Krönlein a observé le signe de Romberg à propos d'une suppuration pelvienne, que la paramérite donne la névralgie du crural et du fémoro-cutané assez analogue à celle de l'obturateur interne.

L'impossibilité où l'on a été de reconnaître cette hernie s'explique par ce fait qu'elle ne faisait habituellement pas de saillie, et que le chirurgien se trouvait en présence de cas vagues d'obturation interne. Mais il a été des cas où, même avec une tumeur herniaire obturatrice, l'attention du chirurgien se détournait de cette pensée, ou plutôt n'y arrivait pas, et s'égarait du côté d'un abcès, d'une adénite, d'une varice enflammée, etc.

Il est arrivé à beaucoup, comme à nous-même, de se trouver en présence d'une hernie obturatrice étranglée et d'une hernie inguinale ou crurale sortie du ventre. L'opération portait sur la hernie inguinale et la mort arrivait par continuation des accidents

d'étranglement partis du trou obturateur et qui étaient restés inconnus.

Traitement. — La hernie simple est justiciable du port du bandage. Bourgeourd a fait construire à ce sujet un caleçon de bain avec ballon à air en caoutchouc. Mais cet appareil est peu pratique et aujourd'hui il ne faudrait pas hésiter à proposer la cure radicale.

En présence d'une hernie étranglée, on a essayé du taxis: Auerbach le fait pratiquer en élevant le siège et en plaçant les cuisses en abduction. Pendant qu'un aide comprime la hernie, le chirurgien, avec une main au-dessus du pubis, refoule l'intestin, et, avec l'autre dans le vagin, cherche à dégager l'anse engagée.

Il ne faut pas perdre de temps, et, dès que le diagnostic peut être établi, on pratiquera la herniotomie. Jugée autrefois impossible, elle a aujourd'hui ses règles précises. Trélat les traçait ainsi:

1° Faire, à 25 millimètres au dedans de l'artère fémorale et parallèlement à cette artère, une incision de 5 à 6 centimètres de long; on arrive ainsi sur l'aponévrose pectinéale sans rencontrer ni ganglions ni vaisseaux;

2° Pénétrer successivement avec une sonde cannelée dans les interstices qui séparent le pectiné du premier, puis du second adducteur;

3° Couper, au cas où cela serait nécessaire, quelques-unes des fibres du pectiné, en ayant soin que la section porte sur l'insertion supérieure et non sur le corps du muscle;

4° Explorer avec le doigt la région obturatrice.

5° Le sac découvert, rechercher avec soin la position des nerfs et des vaisseaux;

6° Opérer, s'il y a lieu, le débridement, en se rappelant que c'est la membrane obturatrice qui forme l'obstacle et qu'elle doit être incisée très légèrement en un point quelconque, selon la position des vaisseaux, mais principalement en bas (1).

Picqué recommande d'inciser sur le grand adducteur, dans une étendue de 7 à 9 centimètres (2).

Le grand adducteur est récliné en dehors, si le sujet est maigre, et met à nu le pectiné, qui est aussi repoussé en dehors. Mais si le sujet est gras, il faut récliner le grand adducteur en dedans. D'autres incisions ont encore été préconisées. Le reste des manœuvres, le traitement du sac et de son contenu, rentrent dans le cadre général de la herniotomie. Nous ne ferons que signaler le conseil de Berger de relever le bassin du sujet.

Le procédé de Lawson Tait, qui consiste à attaquer toutes les hernies par la laparotomie abdominale et à les traiter de dedans en dehors,

(1) Voy. TRÉLAT, Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. II.

(2) PICQUÉ, Encyclopédie internationale de chir., t. VI.