

§ V. — Hernies de la ligne blanche.

Le raphé fibreux qui constitue la ligne blanche est formé par l'entrecroisement de fibres aponévrotiques qui interceptent entre elles des espaces plus ou moins larges, comblés par des pelotons de graisse, mais susceptibles de se laisser dilater par la pression des viscères et de donner passage à une hernie. Tandis que les muscles droits de l'abdomen sont très-rapprochés dans leur portion sous-ombilicale, ils s'écartent légèrement l'un de l'autre au-dessus de l'ombilic, en sorte que la ligne blanche, très-serrée dans sa moitié inférieure, est au contraire beaucoup plus lâche dans sa partie sus-ombilicale. Il résulte de cette disposition que les hernies se montrent de préférence dans cette dernière partie de la ligne blanche; aussi quelques auteurs les désignent-ils sous le nom de *hernies épigastriques*.

Par suite d'une sorte de vice de conformation, le léger écartement qui existe à l'état normal entre les bords internes des muscles droits au-dessus de l'ombilic peut être beaucoup plus marqué, et cette anomalie constitue une prédisposition aux hernies de la ligne blanche, soit au moment de la naissance, soit dans les premières années de la vie. Cependant l'immense majorité de ces hernies se montre chez les adultes et reconnaît pour cause la distension de l'abdomen par la grossesse, l'ascite, les diverses tumeurs abdominales. La polysarcie est aussi une cause fréquente de hernie de la ligne blanche, dont les fibres sont écartées, affaiblies par l'interposition de pelotons graisseux.

Il est aisé de comprendre, d'après ce qui précède, comment les hernies de la ligne blanche sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme et comment elles appartiennent plus que toutes les autres hernies à la classe des hernies de faiblesse. Il est commun d'ailleurs de les rencontrer simultanément avec d'autres hernies, inguinales, crurales, ombilicales.

Enfin les lésions traumatiques, contusions ou plaies de la ligne blanche, en produisant une rupture des fibres aponévrotiques, peuvent devenir le point de départ de la variété de hernie que nous étudions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'ouverture par laquelle s'échappe la hernie, circonscrite par des bords aponévrotiques minces et tranchants, présente une forme oblongue, dont l'extrémité la plus large correspond à la partie inférieure. Le collet du sac représente à peu près la même forme, et sa direction est tantôt longitudinale, tantôt transversale. Le corps du sac offre presque toujours des dimensions disproportionnées avec l'étroitesse du collet. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le *fascia superficialis* et le péritoine forment les enveloppes de la hernie; lorsque celle-ci est ancienne, ces diverses couches se confondent en s'amincissant. Contrairement à l'opinion professée par Garengoet, l'esto-

mac est très-rarement compris dans les hernies de la ligne blanche qui renferment le plus souvent l'épiploon, le côlon transverse. Cependant, d'après Nélaton, il existe des faits incontestables qui démontrent que l'estomac peut s'y rencontrer.

SYMPTOMATOLOGIE. — La hernie de la ligne blanche se présente sous l'apparence d'une tumeur située sur la ligne médiane, ou plus souvent à gauche qu'à droite de cette ligne, de forme ovale, aplatie et de volume variable. Tantôt elle est si petite, qu'elle pourrait passer inaperçue, surtout chez les personnes obèses, à moins d'un examen très attentif; tantôt elle acquiert les dimensions d'une tête d'adulte et constitue une sorte d'*éventration*. La tumeur est réductible, soit sous l'influence d'une pression légère, soit spontanément dans le décubitus dorsal; après qu'elle a été réduite, elle reparait lorsque le malade se lève ou qu'il s'incline en avant. Outre les symptômes communs à toutes les autres hernies, on observe dans la hernie sus-ombilicale certains troubles fonctionnels qui méritent d'être signalés.

Les malades accusent des troubles digestifs, des douleurs vagues dans la région de l'estomac, de véritables crampes gastralgiques, qui disparaissent après l'ingestion des aliments pour reparaitre dans l'intervalle des repas. Dans un grand nombre de cas, on a cru à une simple gastralgie, et ce n'est que par hasard et après avoir épuisé tous les moyens thérapeutiques que l'on a découvert l'existence d'une petite hernie épigastrique. On devra donc toujours, chez les malades présentant des crampes d'estomac intermittentes et cessant après les repas, explorer avec soin la ligne blanche, et cet examen permettra parfois de reconnaître la présence d'une petite tumeur réductible. Il sera souvent possible de sentir l'ouverture qui a donné passage à la hernie et de percevoir par la toux une impulsion imprimée au doigt.

DIAGNOSTIC. — La tumeur déterminée par la hernie épigastrique pourrait être confondue avec un abcès ou une hernie graisseuse. Horner cite un cas d'abcès du foie où cette erreur fut commise. Mais en général la réductibilité de la tumeur et la recherche des antécédents permettront de reconnaître la véritable nature de la maladie. Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic des hernies graisseuses.

Relativement à la nature des viscères qui entrent dans la composition de la hernie, on reconnaîtra l'épiplocèle à sa consistance pâteuse, et dans les cas de hernie volumineuse constituée par l'estomac, l'augmentation de volume de la tumeur après l'ingestion d'un liquide, la matité remplaçant la sonorité, permettraient de soupçonner la présence de ce viscère.

PRONOSTIC. — Les hernies de la ligne blanche, outre les accidents qui leur sont propres lorsqu'elles occupent la région épigastrique, sont difficiles à maintenir réduites, et par suite rarement susceptibles d'une cure radicale. Elles exposent de plus les sujets qui en sont porteurs aux complications communes à toutes les autres hernies.

Le TRAITEMENT ne présente rien de particulier. On maintiendra la réduction des viscères à l'aide d'un bandage analogue à celui de la hernie ombilicale ; mais en raison de la difficulté de la contention, il sera souvent nécessaire d'avoir recours à l'emploi d'une large ceinture ou d'un corset embrassant toute la circonférence de l'abdomen.

Hernies graisseuses de la ligne blanche. — On rencontre assez fréquemment au voisinage de l'ombilic et dans la portion sus-ombilicale de la ligne blanche de petites tumeurs qui simulent de véritables hernies, et qui sont constituées par un peloton de tissu adipeux qui, après avoir traversé une des ouvertures de la ligne blanche, vient faire saillie sous la peau. Ces tumeurs présentent deux variétés : les unes diffèrent essentiellement des hernies ordinaires et mériteraient le nom de *tumeurs graisseuses extra-péritonéales*, qui leur a été donné par P. Bérard ; elles sont exclusivement formées de graisse et reposent sur la face externe du péritoine ; les autres se rapprochent davantage des hernies, en ce qu'elles renferment un prolongement du péritoine. On sait que pour certains auteurs ce prolongement séreux serait produit par la traction qu'exerce sur le péritoine la tumeur graisseuse, tandis que d'autres considèrent ces sortes de hernies comme les vestiges d'anciens sacs herniaires véritables chargés de graisse et en partie oblitérés.

Quoi qu'il en soit, ces hernies graisseuses de la ligne blanche ne dépassent pas généralement le volume d'une noisette ; Laennec en a disséqué une qui offrait les dimensions d'une pomme. Leur forme est globuleuse, leur surface lisse, régulière, ou légèrement bosselée ; elles sont quelquefois multiples.

Ordinairement irréductibles, ces tumeurs peuvent parfois être refoulées par la pression entre le péritoine et la paroi abdominale. Elles ne déterminent aucune gêne, ni aucun des troubles fonctionnels que l'on observe dans les cas de hernies épigastriques.

Le diagnostic des hernies graisseuses de la ligne blanche est parfois assez difficile. On pourrait les confondre avec les épiplocèles réductibles ou irréductibles, mais cette erreur n'aurait pas d'inconvénient sérieux.

Lorsque, chez un sujet porteur d'une hernie graisseuse, on voit se développer des accidents abdominaux graves avec coliques, vomissements, constipation, ballonnement du ventre, etc., on pourrait supposer que ces accidents sont dus à une véritable hernie de la ligne blanche étranglée, et dans quelques cas le chirurgien n'a reconnu la véritable nature de la maladie qu'en pratiquant une opération inutile.

Bérard, Scarpa ont rapporté des exemples dans lesquels cette erreur a été commise, et où il s'agissait d'une péritonite ou d'une occlusion intestinale survenue chez un sujet atteint d'une hernie graisseuse. Cependant, en pareille circonstance, l'indolence de la tumeur à la palpation, surtout lorsqu'on la comprime latéralement, parfois la réductibilité, comme

dans un cas publié par Denonvilliers (1), permettraient d'éviter cette confusion.

La hernie graisseuse de la ligne blanche ne réclame aucun traitement spécial. Lorsqu'elle est réductible, on peut employer contre elle un bandage analogue à celui qui convient aux hernies ordinaires. On devra s'abstenir de toute intervention chirurgicale, dans le but d'exciser la tumeur, car on doit toujours craindre qu'il existe un prolongement séreux dont l'ouverture pourrait être l'origine d'accidents graves.

§ VI. — Hernies ventrales.

On donne le nom de hernies ventrales aux hernies qui se montrent sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dans d'autres points que la ligne blanche, et qui se font à travers un écartement accidentel des fibres musculo-aponévrotiques ou au niveau d'une partie affaiblie et amincie de la paroi abdominale.

Quoique la plupart des auteurs aient signalé l'existence de ces hernies, elles n'ont réellement commencé à être connues qu'à partir du dix-huitième siècle, époque à laquelle Lachausse (2), puis quelques années plus tard Klinkosch (3) en firent une étude spéciale. Depuis lors l'histoire de cette variété de hernies, à peine ébauchée dans les livres classiques, s'est enrichie de quelques faits nouveaux qui ont été réunis dans la thèse récente de A. Reignier (4), mais qui sont encore insuffisants pour donner une description complète des hernies ventrales.

ÉTILOGIE. — Toutes les causes capables de produire une distension des parois abdominales et par suite de déterminer l'amincissement, l'écartement, le relâchement des fibres musculaires et aponévrotiques, doivent être considérées comme autant de causes prédisposantes ; tels sont les grossesses répétées, les tumeurs intra-abdominales, l'embonpoint excessif, etc. ; de même les contusions, les plaies, certaines affections des parois abdominales, telles que les abcès, les furoncles, les anthrax qui produisent une perte de substance, laissent à leur suite une cicatrice susceptible de se relâcher et de subir l'influence de la pression intérieure des viscères.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les hernies ventrales d'origine traumatique peuvent se rencontrer sur tous les points de l'abdomen ; cependant celles qui succèdent à une rupture musculaire, suite d'effort, occupent presque toujours la région antérieure, au niveau de la gaine du muscle grand droit.

(1) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1842, t. VII, p. 1181.

(2) *De hernia ventrali* in *Haller Disput. chirurg.*, t. III.

(3) *Dissertationes Pragenses*, t. V.

(4) *Essai sur les hernies ventrales*, thèse, Paris, 1879.

Quant aux hernies spontanées, elles semblent affecter certains sièges de prédilection. Les plus fréquentes s'observent au niveau de la *ligne demi-circulaire de Spigel*. On désigne sous ce nom une ligne courbe, à concavité regardant en avant et en dedans, résultant de l'union des fibres musculaires et aponévrotiques du transverse, étendue des cartilages des dernières fausses côtes aux environs du pubis, et circonscrivant avec celle du côté opposé une sorte d'ellipse dans laquelle se trouvent inscrits les deux muscles grands droits. On observe le long de cette intersection musculo-aponévrotique un certain nombre de pertuis vasculaires dont le trajet assez direct, élargi par la distension, l'éraillure, peut donner accès à des hernies. Dans tous les cas connus, ces hernies étaient situées au-dessous du niveau de l'ombilic, ce qui tient sans doute à ce que la pression des viscères s'exerce plus énergiquement sur les parties sous-ombilicales de la paroi abdominale.

Après les hernies de la ligne demi-circulaire de Spigel viennent, par ordre de fréquence, les hernies de la région des muscles droits. Celles-ci se sont toujours montrées jusqu'à présent dans la moitié supérieure de ce muscle; deux fois au niveau d'une intersection tendineuse, et deux fois dans la gaine même du muscle.

Enfin, c'est à titre d'exceptions rares que l'on a observé des hernies ventrales sur d'autres points des parois abdominales, ce qui s'explique par la direction croisée des trois plans musculaires, d'où il résulte que les interstices qui peuvent se produire entre les fibres musculaires ne se correspondent pas d'une place à l'autre. Aussi peut-on observer à ce niveau certaines variétés de hernies ventrales dans lesquelles les viscères, après avoir pénétré à travers un interstice du transverse, cheminent obliquement dans l'épaisseur de la paroi avant de paraître sous les téguments, ou même ne viennent pas former de tumeur à l'extérieur, ainsi que Klinklosch en a cité un exemple. La hernie située au-dessus de l'os iliaque ne paraissait pas à l'extérieur.

Les hernies ventrales coexistent fréquemment avec d'autres hernies, ombilicales, inguinales, crurales, etc.; en outre, on a publié quelques exemples de sujets affectés de plusieurs hernies ventrales à la fois.

De même que pour les hernies ombilicales et celles de la ligne blanche, le sac des hernies ventrales est le plus souvent tellement aminci et confondu avec les tissus qui le recouvrent, que quelques auteurs ont nié l'existence d'une enveloppe péritonéale, mais personne n'admet plus aujourd'hui cette opinion.

Le volume du sac herniaire varie infiniment, aussi bien que sa forme; on a vu des hernies ventrales plus volumineuses que les deux poings, et dans ces cas le fond du sac tend à occuper une position déclive.

Il est fréquent de voir la cavité du sac des hernies ventrales prendre l'aspect réticulé et se subdiviser en loges secondaires, par suite de la présence de brides et de cloisons émanées de la face interne. Dans plusieurs cas on a noté de véritables hernies en bissac, l'une des por-

tions du sac étant superficielle et l'autre située plus ou moins profondément.

Le collet du sac présente le plus souvent l'aspect d'un anneau plus ou moins régulier à bord arrondi, parfois mince et tranchant, constitué par des fibres aponévrotiques ou charnues; dans quelques cas de hernies ventrales, on a constaté la présence de collets multiples.

Lorsque la hernie se produit au niveau d'une cicatrice, le sac est superficiel et recouvert seulement par un tissu cicatriciel plus ou moins épais; dans les hernies ventrales non traumatiques, on retrouve au devant du sac les diverses couches de la paroi abdominale plus ou moins amincies.

Quant au contenu de la hernie, on y a rencontré presque tous les viscères de l'abdomen; la présence de l'épiploon est à peu près constante.

Les hernies ventrales peuvent devenir le siège des complications communes à toutes les autres variétés de hernies; les adhérences, l'inflammation, l'étranglement. Celui-ci est souvent produit, à l'intérieur du sac, par des brides, des cloisons qui se détachent de sa surface interne.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au point de vue clinique on doit distinguer parmi les hernies ventrales celles qui sont encore contenues dans l'épaisseur des parois abdominales (*hernies intra-pariétales*), et celles qui forment à l'extérieur une saillie plus ou moins considérable. Les premières ne révèlent leur existence que par un certain nombre de troubles fonctionnels: douleur en un point fixe, nausées, vomissements, coliques, constipation. Aussi leur diagnostic reste-t-il le plus souvent incertain. Lorsqu'elles s'étranglent, les accidents sont le plus souvent mis sur le compte d'une occlusion intestinale de cause interne.

Cependant il a été parfois possible de constater au lieu qu'occupe la hernie un point douloureux fixe et une sorte de rénitence, d'empatement, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Il en était ainsi dans un cas remarquable, communiqué à la Société de chirurgie par mon collègue F. Terrier, et dans lequel il s'agissait d'une hernie de la ligne semi-circulaire de Spigel. On devra donc toujours, chez les malades atteints des symptômes de l'étranglement interne, explorer avec le plus grand soin les parois abdominales, surtout au voisinage du bord externe du grand droit.

Le diagnostic des hernies ventrales saillantes à l'extérieur est, au contraire, très-facile. La tumeur présente, en effet, tous les symptômes ordinaires des hernies que nous n'avons pas à rappeler. Il faudrait une grande légèreté de la part du chirurgien pour la confondre, comme on l'a fait, avec un abcès, une bosse sanguine, une rupture musculaire.

Le **TRAITEMENT** palliatif des hernies ventrales n'offre rien de particulier. La tumeur réduite sera contenue par un bandage approprié, plus ou moins analogue à ceux qui conviennent aux hernies ombilicales et à celles de la ligne blanche.

Le seul point qui mérite de fixer l'attention est relatif à la conduite

qu'il convient de tenir dans le cas d'étranglement. Lorsqu'il s'agit d'une hernie ventrale saillante à l'extérieur, la kélotomie devra être pratiquée comme pour la hernie ombilicale, en tentant autant que possible de débrider sans ouvrir le sac.

Dans les cas de hernies intra-pariétales, non saillantes à l'extérieur, comme il règne toujours une grande incertitude sur le siège précis de la hernie, et qu'il serait le plus souvent à peu près impossible de déterminer en quel point doit porter l'incision, nous pensons que l'on devra se comporter comme s'il s'agissait d'un étranglement interne, c'est-à-dire pratiquer la parotomie sur la ligne médiane, et lever l'obstacle par l'intérieur de la cavité abdominale. Cette conduite suivie par F. Terrier, dans l'observation déjà citée, lui a fourni un beau succès.

§ VII. — Hernie lombaire.

La hernie lombaire, confondue par quelques auteurs avec les hernies

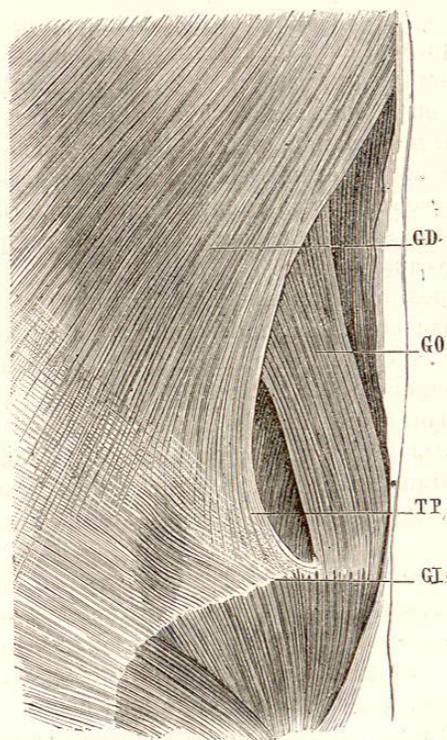


FIG. 44. — Triangle de J. L. Petit.

ventrales dont elle ne serait qu'une variété, mérite cependant une description spéciale, parce qu'elle occupe un siège nettement déterminé et qu'elle se produit en une région circonscrite dont la disposition anatomique explique l'issue des viscères en ce point.

Cette région (fig. 44) est limitée en haut par le bord inférieur de la dernière côte, en bas par la crête iliaque, en dedans par la série des apophyses épineuses, en dehors par le bord postérieur du muscle grand oblique. Au-dessous de la peau et du tissu cellulaire, on trouve un plan fibreux, extrêmement résistant, inséré aux apophyses épineuses des vertèbres lombaires et sacrées, ainsi qu'à la moitié postérieure de la crête iliaque et donnant

insertion par son bord supérieur aux fibres du muscle grand dorsal GD qui se dirigent de bas en haut et d'arrière en avant. Les fibres

postérieures du muscle grand oblique GO, dirigées verticalement de la face externe des dernières côtes à la moitié antérieure de la lèvre externe de la crête iliaque, croisent vers le milieu de la région la direction des fibres du grand dorsal et forment avec ces dernières un triangle TP, connu sous le nom de *triangle de J. L. Petit*, et constitué en dehors par le bord postérieur du grand oblique, en dedans par le bord externe du grand dorsal, en bas par la crête iliaque. L'aire de ce triangle est occupée par les fibres postérieures du petit oblique.

Grynfelt a le premier signalé l'existence d'un autre triangle, auquel il a donné le nom de *triangle lombo-costo-abdominal*, et qui, limité en dehors par le bord postérieur du muscle petit oblique, en dedans par le bord externe du muscle carré des lombes, présente sa base à la dernière côte. Ce triangle, dont la direction, comme on le voit, est opposée à celle du triangle de J. L. Petit, est recouvert par le grand dorsal et laisse apercevoir dans son aire les fibres du transverse en dehors et l'aponévrose de ce muscle en dedans. Cette aponévrose est perforée, au niveau de son bord externe, par la branche antérieure de la première artère lombaire, et en ce point les fibres aponévrotiques laissent entre elles un léger intervalle limité de chaque côté par deux petits faisceaux entre lesquels passe l'artère, comme le cordon spermatique entre les deux piliers de l'anneau inguinal externe. Cette disposition, signalée par Grynfelt, offre une certaine importance au point de vue du mécanisme de la hernie lombaire.

Enfin, Braun a constaté l'existence d'ouvertures plus ou moins larges, situées au-dessus de la crête iliaque, en dedans de l'insertion fibreuse du muscle grand dorsal, ouvertures comblées par du tissu celluloadipeux et livrant passage à des rameaux nerveux cutanés, provenant des branches postérieures des deuxième et troisième paires lombaires. Chez un sujet observé par lui, et présentant à gauche une hernie lombaire, développée consécutivement à un abcès par congestion symptomatique d'une lésion des vertèbres lombaires, il semblait manifeste que le pus avait suivi pour parvenir à l'extérieur le trajet de ces branches nerveuses, dont les ouvertures de passage se trouvaient considérablement élargies. Il se pourrait donc que sous l'influence des causes ordinaires des hernies, cet orifice distendu, élargi, donnât issue aux viscères abdominaux.

D'après Larrey, qui a publié sur la hernie lombaire une étude historique très-complète, la première observation est due à Garengoat (1); mais c'est J. L. Petit (2) qui le premier donna l'indication précise du siège de la hernie, en montrant que les viscères s'échappent à travers les fibres aponévrotiques du muscle transverse, dans cet espace triangulaire intercepté par le grand dorsal en arrière et le grand oblique en avant.

(1) *Traité des opérations de chirurgie*, t. I.

(2) *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 277.

Aussi a-t-on conservé à cette région limitée le nom de triangle de J. L. Petit.

Un certain nombre d'exemples nouveaux de hernies produites en cette région furent publiés, mais sans rien ajouter aux connaissances incomplètes que l'on possédait sur ce sujet. En 1866 parut un travail important de Grynfeldt, dans lequel cet auteur a consigné les résultats de ses recherches sur l'anatomie de la région lombaire, recherches qui jettent un jour nouveau sur le mécanisme et le siège de la hernie lombaire. Depuis lors quelques monographies importantes dues à Larrey, Billetoù, Rigodin, Braun, permettent de tracer une histoire à peu près complète de cette variété rare de hernie.

GRYNFELT, *Quelques mots sur la hernie lombaire* (Montpellier médical, t. XVI, 1866). — LARREY, *Rech. et obs. sur la hernie lombaire* (Bullet. de l'Acad. de méd., 1869). — BILLETOUT, *De la hernie lombaire*, thèse de Paris, 1869. — A. RIGODIN, *Étude sur la hernie lombaire*, thèse de Paris, 1872. — H. BRAUN, *Die hernia lumbalis* (Archiv für klinische Chirurgie, t. XXIV, p. 201, 1879).

ÉTILOGIE. — Une disposition anatomique congénitale, en vertu de laquelle le triangle de J. L. Petit et le triangle lombo-costo-iliaque seraient plus marqués qu'à l'ordinaire, doit être considérée comme une condition favorable à la production de la hernie lombaire. Toute cause capable de produire l'affaiblissement des parois abdominales, et plus particulièrement des points naturellement moins résistants, constitue une cause prédisposante à la hernie lombaire; tels sont : la grossesse, l'ascite, les tumeurs diverses, l'embonpoint excessif, etc.

Les contusions, les plaies, ont été souvent le point de départ de hernies lombaires qui se montrent plus ou moins longtemps après l'application du traumatisme. Dans ces cas, il s'est produit une distension, une déchirure des fibres musculo-aponévrotiques dans les points les moins résistants de la région lombaire, d'où résulte à ce niveau un affaiblissement de la paroi, susceptible de se laisser distendre par la pression excentrique des viscères. Enfin, on possède un certain nombre d'observations dans lesquelles un abcès survenu à la région lombaire, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme, et agissant à la façon des traumatismes, a été l'origine de la hernie lombaire. Dans un cas que j'ai observé, la hernie s'est produite à l'âge de 68 ans, chez une femme qui avait présenté à l'âge de 8 ans un abcès lombaire consécutif à une contusion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les rares autopsies qui ont été pratiquées sont trop incomplètement rapportées pour permettre de donner une description des enveloppes de la hernie lombaire et de l'anneau. Nous ne possédons sur ces divers points que des données très-incertaines. Tantôt la hernie était presque sous la peau, tantôt elle en était séparée par une couche épaisse de graisse.

L'anneau est le plus souvent très-large et se présente, après la réduction des viscères, sous la forme d'une dépression, d'un enfoncement plus ou moins profond, de forme circulaire, triangulaire. Dans la plupart des cas, l'ouverture par laquelle s'échappent les viscères paraît répondre au triangle de J. L. Petit, c'est-à-dire qu'elle est rapprochée de la crête iliaque; dans un fait rapporté par Rigodin, l'ouverture se rapprochait de la dernière côte et correspondait vraisemblablement au triangle lombo-costo-abdominal. Relativement aux viscères contenus dans la hernie, on peut y rencontrer l'épiploon, l'intestin grêle, le côlon ascendant ou descendant.

Jusqu'à présent, on ne connaît qu'un seul exemple authentique de hernie épiploïque simple; c'est le fait rapporté par Larrey et dans lequel le diagnostic fut confirmé par l'autopsie.

SYMPTOMATOLOGIE. — La hernie lombaire se présente sous l'aspect d'une tumeur située dans la région des lombes, en dehors des muscles spinaux, en dedans d'une ligne fictive étendue des dernières côtes à la crête iliaque, plus souvent à gauche qu'à droite (14 fois sur 21).

Cette tumeur, recouverte par la peau saine, a la forme d'un ovoïde à grand diamètre antéro-postérieur; son volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête d'enfant. De consistance variable, le plus souvent molle et quasi-fluctuante, parfois élastique, rénitente, elle est généralement sonore à la percussion, plus rarement mate.

La réduction s'opère en général facilement, et s'effectue avec ou sans gargouillement; à la place qu'occupait la hernie, on constate une dépression plus ou moins profonde dans laquelle on peut faire pénétrer un ou plusieurs doigts, et quelquefois si considérable, comme dans un cas de Grynfeldt, que, suivant l'expression de l'auteur, la main pénétrait pour ainsi dire dans la cavité abdominale. La tumeur se reproduit facilement sous l'influence d'un effort quelconque, et la main éprouve à ce moment une sensation de choc, d'expansion.

COMPLICATIONS. — La hernie lombaire est rarement le siège d'accidents. On possède, cependant, quelques observations d'inflammation, d'étranglement, ayant cédé au taxis, ou ayant déterminé la mort. Dans un seul cas, dû à Ravaton (1), ce chirurgien pratiqua le débridement, et la malade guérit.

D'autres fois la hernie lombaire est irréductible sans déterminer d'accidents, comme dans l'observation de Rigodin.

DIAGNOSTIC. — La hernie lombaire a été confondue avec un abcès, un lipome, une collection sanguine. Cependant, il faudrait le plus souvent de la part du chirurgien une bien grande inattention pour commettre une semblable erreur, et pour peu que, dans le diagnostic d'une tumeur de la région lombaire, on songe à la possibilité d'une hernie, il paraît difficile de méconnaître sa nature lorsqu'elle existe, ou de la confondre

(1) *Traité des plaies d'armes à feu*, obs. 60, p. 277, 1750.

avec une autre tumeur. Aussi ne m'arrêterai-je pas sur ce diagnostic différentiel.

PRONOSTIC. — La rareté des accidents d'inflammation et d'étranglement rend le pronostic de la hernie lombaire assez bénin, et cette bénignité est encore rendue plus grande par cette double considération que la hernie, en raison de son siège, peut être facilement maintenue par un bandage, et que même non maintenue elle ne semble pas occasionner d'inconvénients graves.

TRAITEMENT. — Après réduction la hernie lombaire sera maintenue à l'aide d'une ceinture en coutil, en cuir, en tissu élastique, simple ou munie d'une pelote, selon les indications. Si la hernie était irréductible, il serait nécessaire de prévenir son développement ultérieur par l'usage d'une pelote concave.

Enfin, dans le cas d'étranglement ayant résisté aux efforts du taxis, la kélotomie devrait être pratiquée. Le fait déjà cité de Ravaton est le seul dans lequel cette opération a été exécutée et l'issue en a été heureuse. Mais la relation qu'en donne ce chirurgien est tellement imparfaite qu'il est impossible d'en tirer aucun enseignement :

« L'incision des téguments et des muscles faite, dit Ravaton, quelques membranes et le sac herniaire déchirés, je découvris d'abord un dépôt de matière purulente qui s'évacua et me laissa voir une partie de l'épiploon altéré, suppuré, que je nouai et coupai tout de suite; il y avait au-dessous trois petites circonvolutions de l'intestin grêle que je fis rentrer. »

§ VIII. — Hernie obturatrice.

La *hernie obturatrice, sous-pubienne* ou *ovalaire* se fait par le canal qui livre passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs. Décrite pour la première fois par Garengot (1), cette variété rare de hernie a été l'objet d'un travail important de Vinson (2); nous aurons en outre à mentionner quelques observations plus récentes publiées en France et à l'étranger.

Le canal obturateur, obliquement dirigé d'arrière en avant et de dehors en dedans, est constitué en haut par une gouttière osseuse répondant au pubis, en bas par les fibres de la membrane obturatrice qui s'élargissent et forment un plan légèrement incurvé en bas et en dedans. Outre l'artère, les veines obturatrices et le nerf obturateur auxquels il donne passage, ce canal est occupé par du tissu cellulo-graisseux qui fait communiquer la couche sous-péritonéale du bassin avec celle de la partie profonde de la cuisse.

Par suite de l'atrophie et de la disparition de ce tissu cellulaire, le péritoine s'engage dans l'ouverture du canal sous-pubien, et il n'est pas

(1) *Mémoire sur plusieurs hernies singulières* (Mém. de l'Acad. de chir., t. I, p. 699, 1787).

(2) *De la hernie sous-pubienne*, thèse de Paris, 1844

rare de rencontrer chez les vieillards cette disposition infundibuliforme du péritoine, sans qu'il existe pour cela de hernie obturatrice. Le plus souvent l'infundibulum permet à peine l'introduction du petit doigt; on l'a vu assez vaste pour contenir un œuf de pigeon. On conçoit qu'une portion d'intestin ou d'épiploon puisse, sous l'influence d'un effort, s'engager dans ce sac préformé et donner lieu aux accidents ordinaires des hernies. C'est dans ces conditions que l'on peut trouver un sac herniaire très-volumineux, comme cela existait chez la malade de Garengot; le sac mesurait cinq à six pouces de longueur.

Dans d'autres cas, au contraire, les dimensions du sac sont tellement petites qu'il contient seulement une portion du calibre de l'intestin.

Le collet du sac est en rapport en bas avec l'arcade fibreuse qui limite le canal sous-pubien, en haut avec le périoste qui tapisse ce canal. Le sac, après avoir franchi le canal sous-pubien, se loge entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe, ou bien il franchit ce muscle et repose sur sa face antérieure. Dans un cas, Vinson constata par la dissection que le fond du sac était couché sur le muscle petit adducteur, et répondait même à une petite portion de la face antérieure du grand adducteur; le pectiné recouvrait la face antérieure et supérieure du sac. Parfois, les muscles sont soulevés ou écartés au point que la hernie vient faire saillie sous la peau. Les rapports des vaisseaux et nerfs obturateurs avec le collet du sac paraissent être variables. Sur quinze cas rapportés par Vinson, six fois l'artère était située en dehors du collet, six fois en dedans, trois fois derrière le sac.

L'intestin grêle seul ou accompagné d'épiploon forme le contenu habituel de la hernie obturatrice; dans un cas, on y a rencontré la vessie.

Le docteur Chiene (1) a rapporté le fait intéressant d'une triple hernie obturatrice, chez une femme de soixante-treize ans morte, avec des accidents d'iléus. Il existait à gauche un sac herniaire du volume d'un œuf de pigeon et renfermant deux pouces d'iléon et les deux tiers externes de la trompe de Fallope. Mais une particularité singulière à noter, c'est que le sac était constitué par le péritoine qui forme le ligament large.

Du côté droit il existait deux sacs herniaires, l'un antérieur, vide, formé par le péritoine pariétal et admettant l'extrémité du petit doigt, et l'autre postérieur, analogue à celui du côté gauche, constitué comme ce dernier par le péritoine du ligament large et renfermant la moitié externe de la trompe de Fallope correspondante.

ÉTILOGIE. — La plupart des sujets atteints de hernies obturatrices étaient du sexe féminin et d'un âge avancé. Nous avons donné plus haut la raison de cette prédisposition relative à l'âge. La hernie paraît d'ailleurs se produire accidentellement sous l'influence des causes ordinaires qui donnent naissance aux autres hernies.

SYMPTOMATOLOGIE. — La hernie obturatrice ne se traduit par aucun

(1) *Edinburgh med. journal*, janvier, 1871, et *Archives génér. de méd.*, octobre 1871.