

s'améliorera certainement à l'avenir, grâce à l'attention plus grande accordée par les chirurgiens à cette forme de hernie, ainsi qu'aux opérations pratiquées de bonne heure avec les précautions antiseptiques.

§ 137. — Il nous reste à mentionner encore quelques formes de hernies de la partie inférieure du tronc, avant de passer à l'étude des hernies des régions supérieures de l'abdomen.

La **hernie ischiatique** sort du bassin par la grande échancrure sciatique, en passant le plus souvent au-dessus, rarement au-dessous du muscle pyramidal. Dans le premier cas, elle est accompagnée par l'artère fessière supérieure qui, généralement, est située en arrière du sac herniaire, et elle s'entoure d'une couche aponévrotique s'insérant sur le grand ligament sacro-iliaque et servant de membrane d'enveloppe aux vaisseaux et aux nerfs fessiers supérieurs. L'artère ischiatique et le grand nerf sciatique sont situés en bas et en arrière de la hernie et séparés de cette dernière par le muscle pyramidal. La hernie est recouverte par le muscle grand fessier, et se trouve située sur le trajet d'une ligne tirée du grand trochanter à la symphyse sacro-iliaque (LINHART).

Le diagnostic n'est possible que si l'on constate l'existence d'une tumeur. Il n'offre pas de difficulté dans les quelques cas où la hernie est congénitale et forme, au niveau de la fesse, une tumeur volumineuse. Les petites hernies ne peuvent être reconnues que lorsqu'elles glissent sous le bord du grand fessier, jusque dans la région de l'anus.

Dans le cas d'étranglement d'une tumeur herniaire de ce genre on ferait une incision parallèle au bord inférieur du grand fessier, dont on diviserait transversalement une partie des fibres. Dans la profondeur on aurait à prendre garde de ne pas blesser l'artère fessière, surtout à son point de sortie du bassin, la ligature de ce vaisseau n'étant pas sans offrir quelques difficultés.

SCHILLBACH a observé chez une femme une hernie qui était sortie par la petite échancrure sciatique et s'était étranglée. Le contenu du sac était formé par un ovaire.

On désigne généralement sous les noms de **hernie périnéale**, **sacro-rectale** et **ischio-rectale** les hernies qui sortent par le détroit inférieur du bassin, et font leur apparition à côté du rectum au périnée, ou chez la femme, dans une grande lèvre. Comme la cavité pelvienne est fermée en bas par le muscle releveur de l'anus disposé en forme d'entonnoir, les hernies en question doivent pour apparaître à l'extérieur, refouler ce muscle devant elles ou s'engager dans un interstice musculaire, après s'être entourées d'un sac formé par le feuillet pariétal du péritoine. La hernie peut descendre en arrière du muscle transverse du périnée à côté du rectum, entre ce dernier et la tubérosité de l'ischion ou arriver au périnée à travers les fibres du muscle transverse lui-même. Les formes relativement plus fréquentes de ces hernies, lesquelles sont rares du reste, sont celles qui passent en avant du muscle transverse du périnée à côté du vagin, et apparaissent dans l'une des grandes lèvres. J'ai observé

une hernie de ce genre qui avait pour le moins le volume d'une tête d'adulte.

On cherchera à maintenir ces hernies réduites au moyen d'une pelote appliquée contre le périnée et fixée par un bandage en T. La hernie volumineuse dont je viens de parler fut maintenue réduite, sur le conseil de ROSER, à l'aide d'un appareil analogue à l'hystérophore que ce chirurgien a imaginé pour soutenir la matrice dans les cas de prolapsus utérin. La hernie ayant été réduite, une pelote en forme de poire, de préférence en caoutchouc, refoule le sac profondément dans le bassin et le maintient dans cette position.

Les hernies **rectale** (voir prolapsus du rectum) et **vaginale** sont observées dans le prolapsus des parois du rectum et du vagin, lorsque la partie prolabée a entraîné avec elle une portion du péritoine en forme de cul-de-sac.

§ 138. — Dans diverses conditions on voit se former des hernies au niveau de la portion latérale de la région lombaire, au-dessus de la crête iliaque. On les désigne habituellement sous le nom de **hernies lombaires**, et l'on admet qu'elles arrivent à l'extérieur à travers le triangle de J.-L. PETIT, du nom du chirurgien qui l'a décrit le premier. Ce triangle est dû à la disposition anatomique particulière des muscles de la région; en effet, le muscle grand oblique n'arrive pas en arrière jusqu'à la colonne vertébrale; son bord postérieur s'étend verticalement de la dernière côte à la crête iliaque, tandis que le bord du muscle grand dorsal est oblique en haut et en dehors. Ainsi se trouve formé, entre ces muscles, au-dessus de la crête iliaque, un espace triangulaire dont le fond est constitué par les muscles petit oblique et transverse, ainsi que par le fascia transversalis. D'après les recherches de LESSHAFT ce triangle existe, en effet, très souvent, aussi bien chez l'adulte que chez le nouveau-né; chez l'adulte il faisait défaut dans 1 sur 5, et chez le nouveau-né dans 1 sur 4 des cadavres examinés.

Il est certain que le point faible que nous venons de signaler se prête bien au passage d'une hernie; mais H. BRAUN, dont nous partageons les idées à ce sujet, a démontré, en se basant sur une observation, que le triangle de Petit n'est pas la seule ouverture qui puisse livrer passage à des hernies lombaires; d'après lui certaines lacunes situées au-dessus de la crête iliaque dans l'aponévrose d'insertion du grand dorsal, lacunes comblées par du tissu conjonctivo-adipeux et servant d'orifice de sortie à des branches nerveuses abdomino-pelviennes, pourraient également livrer passage à des hernies de cette région. Parfois c'est un abcès par congestion qui fraye la voie suivie plus tard par la hernie.

GRYNFELT et LESSHAFT ont appelé l'attention sur un autre point qui peut livrer passage à des hernies et n'est recouvert que par le muscle grand dorsal. LESSHAFT le désigne sous le nom de *trigonum lumbale superius*. Il est situé au-dessus du triangle de Petit et est limité en avant par le grand oblique, en haut par le bord inférieur du petit dentelé inférieur et par l'extré-

mité antérieure de la 12^e côte, en dedans par le bord externe de la gaine des extenseurs du dos et en bas par le petit oblique.

Il existe des observations de **hernies lombaires congénitales**. D'autres se produisent à un **âge avancé** spontanément ou à la suite d'un très léger effort, d'autres encore à la suite d'un traumatisme ou d'un violent effort. Le nombre des observations en est fort limité. BRAUN n'en a pu recueillir que 29 cas, en y comprenant ceux qui sont la conséquence de violences considérables; depuis lors on en a publié quelques cas nouveaux (WOLFF).

Un fait important au point de vue étiologique, c'est que les hernies non traumatiques s'observent tantôt à l'état congénital, tantôt à un âge plus ou moins avancé, et, dans ce dernier cas, surtout à la suite de la grossesse ou d'une diminution rapide du tissu adipeux des parois abdominales. Il est probable que c'est surtout le côlon qui constitue le contenu de la hernie lombaire. Le volume de la tumeur herniaire est très variable; on a vu des hernies lombaires, réductibles ou étranglées, atteindre les dimensions d'une tête d'enfant.

Les erreurs de diagnostic sont assez fréquentes. On devra prendre en considération les néoplasmes, les abcès par congestion, et se rappeler que les hernies lombaires étranglées peuvent simuler des abcès chauds. La possibilité d'erreurs de diagnostic nous est prouvée par un cas de BAZET auquel un malade, atteint de hernie lombaire, fut envoyé par un confrère pour qu'il l'opérât d'un lipome, de même que par le cas de DOLBEAU, dans lequel la hernie ayant été prise pour un abcès, l'incision donna issue à des matières fécales. Lorsqu'une tumeur située entre les dernières côtes et la crête iliaque est **réductible** avec gargouillement et qu'elle tend à sortir de nouveau dans la toux ou d'autres efforts d'expiration, le diagnostic, évidemment, ne saurait être douteux, et, en règle générale, il suffit pour se mettre à l'abri des causes d'erreur, de se rappeler qu'il existe des hernies de la région lombaire. Par contre il peut être déjà plus difficile de reconnaître la véritable nature de la tumeur lorsqu'il s'agit d'une hernie irréductible développée rapidement, mais l'hésitation cesse aussitôt si l'on voit alors survenir des symptômes d'étranglement.

Le taxis est, en général, couronné de succès, et l'on peut maintenir la hernie réduite au moyen d'une ceinture élastique ou d'une ceinture avec pelote et sous-cuisse. Dans un cas RAVATON pratiqua avec succès la herniotomie.

Il n'est guère possible, pour le moment, d'établir des règles précises de traitement, vu l'obscurité qui règne encore au sujet de la situation exacte de l'orifice herniaire, et les données encore très incertaines relatives à l'existence ou à l'absence d'un sac herniaire.

Hernie ombilicale (congénitale et acquise)

§ 139. — A la période fœtale, une grande partie des viscères sont situés hors de la cavité abdominale, dans laquelle ils rentrent peu à peu à mesure que les plaques ventrales arrivent en contact et se soudent sur la ligne médiane. La grande ouverture abdominale se ferme alors peu à peu, et n'est plus représentée finalement que par l'anneau ombilical qui livre passage aux vaisseaux ombilicaux destinés à s'oblitérer après la naissance. Lorsque l'ouverture ombilicale ne se ferme pas, et que des viscères restent à l'extérieur, dans un sac entouré par l'amnios et contenant, en outre, les vaisseaux du cordon et de la gélatine de Wharton, on désigne la hernie ainsi formée sous les noms de **hernie ombilicale congénitale**, de **hernie du cordon ombilical**, d'**omphalocèle**. Les viscères herniés sont donc, dans ce cas, contenus dans l'intérieur du cordon ombilical, qui à ce niveau n'a pas subi sa rétraction habituelle, et ils sont enveloppés par la membrane amniotique. Les formes excessives de cette anomalie de développement n'ont aucun intérêt chirurgical; en effet lorsque la hernie contient une grande partie des intestins et même le foie, l'enfant meurt en naissant ou succombe le plus souvent dans la suite par gangrène du sac et péritonite. Dans les hernies ombilicales moins considérables la cicatrisation peut s'opérer par voie de granulation à la suite de la gangrène du sac, et parfois même, grâce à la rétraction secondaire du tissu de granulation, il se forme un anneau ombilical, et la guérison de la hernie s'opère ainsi spontanément. Bien souvent, il est vrai, la cicatrice se laisse de nouveau distendre pour former une petite hernie contenant d'habitude une anse intestinale. Les hernies ombilicales de cette dernière catégorie, de même que celles qui sont d'emblée d'un petit volume, ont un intérêt pratique vu qu'elles peuvent guérir.

Ces hernies sont relativement rares. B. SCHMIDT estime leur fréquence à 1 pour 2000 enfants, et même, d'après d'autres statistiques, cette proportion serait encore trop élevée. Dans un nombre de cas relativement considérable on les observe sur des fœtus nés avant terme ou qui présentent d'autres vices de conformation.

Le volume et le contenu de la hernie sont très variables. Tantôt il s'agit presque d'une éviscération, tantôt, au contraire, la tumeur herniaire atteint seulement le volume d'une noix. L'intestin et le foie en forment le plus souvent le contenu; cependant on y rencontre également la rate, les reins, les ovaires et même le cœur (LINDFORS). Assez souvent ces organes sont adhérents au sac herniaire.

Le pronostic est mauvais, ce que l'on comprend aisément. On a calculé que la mortalité est d'environ 50 0/0 parmi les enfants atteints de hernie ombilicale congénitale. Le sac mince de la hernie peut se rompre ou se mortifier, et la péritonite en être la conséquence; dans des cas exceptionnels on a vu l'enfant succomber à une hémorragie provenant du foie; parfois aussi c'est une phlébite ombilicale qui a été la