

sur l'abdomen des compresses imbibées de liquides antiseptiques glacés. Je n'ai pour ma part plus aucune confiance dans les sangsues, l'onguent mercuriel, belladonné ou non, le badigeonnage au collodion, et moins encore dans les cataplasmes. Si un foyer purulent se manifestait en un point quelconque, on l'ouvrirait avec toutes les précautions voulues et on le drainerait.

Quand malheureusement le chirurgien vient un peu tard, quand déjà la péritonite est généralisée, quand les accidents d'infection sont manifestes, il reste peu d'espoir, la laparotomie elle-même serait trop tardive, et l'on se bornera à calmer les accidents qui se produisent, tout en souhaitant que la péritonite se localise et que le pus se collecte en un seul foyer.

### § 3. — Épanchement sanguin dans l'abdomen.

Déjà nous avons dit que des vaisseaux blessés par un instrument vulnérant pouvaient déterminer un épanchement de sang intrapéritonéal; le sang peut provenir encore du lacis vasculaire qui entre dans la constitution de certains organes, du foie, de la rate par exemple.

On comprend difficilement qu'à la suite d'une blessure, sauf peut-être dans le cas d'une contusion, le sang qui se répand dans le péritoine ne soit pas contaminé par les liquides intestinaux ou biliaires, le tube digestif, le foie ou d'autres organes ayant été blessés simultanément. Il peut l'être encore par l'introduction d'éléments septiques à travers la plaie. Dans ces conditions, le sang n'agit pas sur le péritoine comme un liquide innocent, car il participe aux propriétés infectieuses qui lui sont communiquées, et il détermine par sa présence une péritonite traumatique sur laquelle nous ne reviendrons pas.

Quand au contraire le sang reste indemne de toute propriété septique, il se comporte vis-à-vis du péritoine d'une manière beaucoup plus simple et plus innocente. Suivant la position du vaisseau blessé, le sang fusera au devant du grand épiploon, entre lui et les parois abdominales, et ira gagner ainsi les parties antérieures du petit bassin et les régions vésicales. D'autres fois, si le vaisseau blessé est en arrière, le sang se dirigera suivant l'une des deux faces obliques du mésentère et gagnera ainsi les fosses iliaques. Quand, au contraire, il provient d'une des nombreuses branches des mésentériques, il chemindra entre les anses intestinales et, suivant sa quantité, fusera plus ou moins loin.

Si la quantité de sang épanché n'est pas très grande, il se collectera en un foyer dont les éléments liquides se résorberont en laissant les matières colorantes qui, ainsi que nous l'avons vu quand nous avons étudié les hémorragies en général, constitueront un noyau induré.

Si au contraire le sang en quantité plus considérable exerce sur le

tissu connectif ambiant une compression constante, il s'enkystera, se résorbera difficilement et un hématome s'ensuivra. Ce kyste sanguin pourra plus tard, pour des causes mal déterminées encore, comme tous les kystes, passer à suppuration, un foyer purulent s'ensuit alors. La palpation, la percussion, l'étude de la manière dont l'accident s'est produit, la compression sur les organes voisins, permettront quelquefois de reconnaître la présence de ce kyste, qui souvent cependant passe inaperçue.

L'hématome peut encore se transformer en un kyste séreux par disparition des éléments colorés du sang et par extravasation exagérée du plasma: c'est encore là une transformation dont nous ignorons le mécanisme intime. Quoi qu'il en soit, kystes sanguins ou kystes séreux devront être traités par l'évacuation de leur contenu, par l'injection de liquides irritants pour amener l'adhérence des parois, et si cela ne suffit pas, par la large incision et l'extirpation de la poche kystique.

L'hémorragie, au lieu d'être de petite quantité, de se faire lentement, se fait-elle au contraire brusquement, un gros vaisseau est atteint. C'est alors une véritable hémorragie interne avec son cortège de symptômes et de dangers que nous avons décrits.

**Traitement.** — Quand l'hémorragie n'est pas considérable, quand rien ne vient infecter le sang, le plus souvent elle passe inaperçue; cependant il sera toujours bon, en prévision de cette complication possible, de mettre le malade au repos absolu et de le surveiller attentivement.

Si l'on a constaté la présence d'une poche sanguine ou d'un épanchement diffus, on en favorisera la résorption par le repos, la compression, etc.

L'hémorragie est-elle grave, il ne faut pas hésiter, il faut ouvrir l'abdomen, lier le vaisseau blessé, enlever les caillots, nettoyer le péritoine et fermer.

### ART. III. — DES HERNIES ABDOMINALES EN GÉNÉRAL.

On désigne sous le nom de hernies abdominales *les tumeurs que forment les viscères contenus dans l'abdomen en s'échappant au travers des parois de cette cavité.*

Nous devons, bien qu'elles rentrent dans cette définition, éliminer de notre description les hernies constituées par des organes sortant à nu, sans enveloppe, à travers une plaie récente des parois abdominales. L'issue des viscères n'est plus alors qu'un épiphénomène, une complication de la plaie. Nous avons décrit cette variété en parlant des plaies de l'abdomen.

Il faut encore distinguer des hernies les *éventrations*. On désigne ainsi les déplacements qui résultent *du relâchement ou de la dilatation avec*

*amincissement des parois abdominales.* Dans cette lésion, il n'y a pas en effet de hernie véritable, c'est-à-dire l'issue des viscères à travers un orifice accidentel ou naturel de la paroi, puisque c'est cette paroi elle-même qui se déprime et se distend sous la pression des organes.

Les hernies ont été classées de plusieurs façons : suivant leur contenu, suivant leur cause, ou d'après leur siège.

Au point de vue du contenu, c'est-à-dire de la nature des viscères herniés, on les divise en *entéroécèles*, *épiplocèles*, *entéro-épiplocèles*, suivant qu'elles sont constituées uniquement par de l'intestin ou par de l'épiploon, ou bien à la fois par de l'intestin et de l'épiploon. Quand la hernie contient un organe dont l'issue est rare et presque exceptionnelle, elle prend le nom de cet organe : de là les hernies de l'estomac, de la rate, de l'ovaire, du foie, du cæcum, etc.

La division étiologique comprend trois grands groupes répondant chacun à un mécanisme différent. Ce sont les hernies traumatiques, les hernies congénitales, les hernies spontanées ou acquises.

La division des hernies, suivant leur siège, montre combien l'issue des viscères peut se faire par un nombre considérable de points différents. Ces hernies se font toujours par un orifice naturel ou un point faible de la paroi. Sur la paroi antérieure nous trouvons les hernies *ombilicales*, *inguinales*, *crurales*, *obturatrices* et *épigastriques*. Sur la paroi postérieure, plus rarement, les hernies *lombaires*. La paroi supérieure donne naissance aux hernies *diaphragmatiques*; la paroi inférieure ou périnéale, qui ferme en bas la grande cavité abdomino-pelvienne, donne naissance aux hernies *périnéale* chez l'homme, *vaginale* chez la femme, et enfin à la hernie *ischiatique*. Ces dernières variétés, ainsi que celles qui vont suivre, sont exceptionnelles.

Il y a, en effet, des hernies qui se font par de véritables orifices accidentels. Ce sont les hernies *de la ligne blanche* ou *latérales*, dénommées encore *de la ligne semi-lunaire*, *ventrales*, ou *laparocèle*; et de plus toutes les hernies *traumatiques*, parmi lesquelles nous citerons les *intercostales abdominales* dont on ne connaît que deux observations.

Enfin il existe encore des *hernies externes*, c'est-à-dire qui sont formées par la sortie de l'intestin en dehors de la cavité séreuse péritonéale, tout en restant à l'intérieur de l'abdomen. Ce sont la *hernie mésentérique* d'Ashley Cooper, la *hernie mésocolique*, la *hernie intraliqué*.

Mais ce sont là de véritables curiosités pathologiques, dont nous ne possédons que quelques rares observations. Il n'y a véritablement que trois hernies ordinaires et communes, ce sont les ombilicales, les crurales et les inguinales.

Extrêmement fréquentes, puisque, d'après les différents auteurs, elles atteindraient tantôt un huitième, tantôt un vingtième de la population, les hernies se produisent sous l'influence de certaines causes prédispo-

santes qui sont, les unes générales, comme le sexe, l'âge, la profession, etc.; les autres individuelles, comme l'hérédité, certaines dispositions anatomiques ou certains états pathologiques.

#### A. — Causes prédisposantes générales.

1° *Sexe.* — Les hommes sont deux fois plus souvent atteints de hernies que les femmes, et la différence entre les deux sexes paraît tenir surtout à la diversité de leurs travaux.

2° *Age.* — On trouve des hernies à tous les âges; mais elles paraissent plus nombreuses à certaines époques de la vie.

À la naissance et pendant la première année elles sont excessivement fréquentes. Leur production paraît toujours liée à un vice congénital ou à un retard dans le développement des parois abdominales. Comme, en outre, c'est pendant cette période que se termine chez les garçons la migration testiculaire et l'occlusion du conduit péritonéo-vaginal, les hernies du premier âge s'observent plus souvent chez les enfants du sexe mâle.

La période qui va de la sixième à la vingtième année environ est celle qui paraît la moins sujette aux hernies.

À partir de l'âge adulte, leur nombre augmente à peu près proportionnellement au nombre des années, ce qui s'explique par l'existence à ce moment des métiers de force, des travaux pénibles exigeant des efforts constants et répétés.

Enfin, chez le vieillard, souvent les mêmes causes subsistent; il faut y joindre l'amaigrissement, le relâchement et l'affaiblissement des parois musculaires. Comme, de plus, celles qui datent de l'âge adulte ne sont pas guéries et augmentent encore le nombre des sujets atteints, il en résulte que la vieillesse est l'âge qui présente de beaucoup la plus forte proportion des hernieux.

3° *Conditions sociales. Pauvreté. Misère.* — Les hernies s'observent plus souvent dans les classes pauvres que chez les gens riches. On a cru pouvoir expliquer cette influence soit par la débilité due à une mauvaise nourriture, soit à la nature des aliments; il est probable que l'exagération des travaux pénibles joue ici le principal rôle.

4° *Professions.* — Toutes celles qui exigent des efforts violents et répétés ont une très grande influence sur la production des hernies, car l'effort est la principale cause efficiente des hernies, comme nous le verrons plus loin. Aussi les métiers de force, comme ceux de maçon, charpentier, portefaix, laboureur, etc., donnent-ils une forte proportion de hernieux.

5° *Climats. Pays. Races.* — L'influence de certains climats et de certains pays a été invoquée pour expliquer la production des hernies. On a prétendu qu'elles étaient plus nombreuses dans les pays chauds,

dans les pays de montagne, dans certaines contrées comme l'Angleterre, la Hollande et la Suisse. Il n'y a rien de bien certain dans ces données.

Il en est de même de l'influence des races. A peine a-t-on pu établir à ce sujet que certaines hernies congénitales, l'exomphale en particulier, se montrent plus souvent chez les enfants nègres que chez les blancs.

#### B. — Causes prédisposantes individuelles.

1° *Hérédité*. — Il est hors de doute aujourd'hui que les hernies sont héréditaires. Dans certaines familles, on peut les retrouver pendant plusieurs générations chez un grand nombre de membres de la famille. Cette hérédité se transmettrait également par le père et par la mère; mais il paraît prouvé que les ascendants ne transmettent pas toujours aux enfants la même variété de hernie que celle dont ils sont atteints.

2° *Dispositions anatomiques*. — On a prétendu aussi que les grandes tailles favorisaient la production des hernies. Il en serait de même de certaines formes du ventre, au premier rang desquelles il faut citer le ventre dit à *triple saillie*, par Malgaigne. Enfin un embonpoint ou un amaigrissement rapide, ce dernier surtout, peuvent entraîner l'issue des viscères.

3° *Dispositions pathologiques*. — Certaines maladies peuvent être considérées comme de véritables causes prédisposantes pour les hernies.

En première ligne se placent toutes celles qui amènent soit une augmentation brusque de la pression abdominale, comme toutes les tumeurs du ventre, corps fibreux de l'utérus, kystes de l'ovaire, tumeurs de la rate, etc., et il faut même ranger dans cette liste la grossesse, soit celles qui causent un affaiblissement marqué de la résistance des parois (amaigrissement rapide, débilité générale).

Un second groupe d'affections jouant le même rôle est formé par toutes celles qui provoquent chez les malades des efforts violents et répétés. Ce sont les affections chroniques des voies respiratoires, et celles des voies urinaires, surtout chez les vieillards. Il faut y ajouter encore les maladies qui entraînent une constipation opiniâtre, comme les tumeurs de l'anus et du rectum par exemple.

4° *Causes efficientes*. — Au nombre des causes efficientes des hernies se placent toutes les actions capables d'entraîner un déploiement de forces telles que l'effet produit dépasse la résistance normale des parois abdominales.

Parmi ces causes, nous citerons le saut, la course, l'action de porter ou de soulever des fardeaux, la toux, les efforts de miction ou de défécation, etc. En résumé, une seule cause vraie, l'effort et surtout l'effort musculaire.

#### § 1<sup>er</sup>. — Mécanisme et pathogénie des hernies.

L'issue des viscères hors de l'abdomen est toujours le résultat de la rupture de l'équilibre qui existe à l'état normal entre la pression des viscères contre les parois de l'abdomen et le degré de résistance de ces mêmes parois.

Aussi, dans presque tous les cas, deux conditions pathogéniques sont nécessaires : d'une part, une exagération momentanée de la pression viscérale; d'autre part, une diminution de la résistance normale. Or l'exagération de pression se trouve absolument réalisée dans le phénomène de l'*effort*, quelle que soit la cause de cet effort. D'un autre côté, il faut admettre qu'un certain degré d'affaiblissement de la paroi soit nécessaire; car, si l'exagération de pression pendant l'effort devait suffire à produire une hernie, aucun adulte n'en serait exempt. D'ailleurs, pour bien comprendre le mécanisme des hernies, il faut l'examiner dans les hernies *congénitales*, les *traumatiques* et les *spontanées*.

Les *hernies congénitales* comprennent toutes celles qui sont liées à un vice ou à un retard de développement des parois abdominales.

Les unes existent avant la naissance. Dans ce cas l'issue des viscères ne peut être due qu'à l'existence d'une solution de continuité de la paroi créée par un développement incomplet. L'enfant n'ayant pas respiré, l'effort n'y joue aucun rôle.

Les autres apparaissent à la naissance ou bien même à une époque plus ou moins avancée de l'existence. En ce cas le vice de développement crée dans l'abdomen un point faible dans lequel s'engagent les viscères sous l'influence d'efforts ordinairement insuffisants pour produire le même résultat en face d'une paroi normale.

Les *hernies traumatiques* ont exactement le même mécanisme. La cicatrice forme ici un point faible qui ne peut résister aux efforts répétés pour peu qu'ils soient exagérés; il faut néanmoins pour cela que la cicatrice ait une certaine largeur.

Les *hernies spontanées*, que l'on devrait appeler *acquises*, comprennent toutes celles qui ne sont ni congénitales ni traumatiques. Elles peuvent se produire de deux manières.

Les unes apparaissent peu à peu et progressivement chez des sujets aux parois musculaires déjà affaiblies et relâchées, c'est-à-dire surtout chez les vieillards. Cet affaiblissement préalable de la paroi permet aux efforts répétés de surmonter sa résistance. Ce sont les *hernies de faiblesse* de Malgaigne.

Les autres sortent brusquement à la suite d'efforts violents sans que rien paraisse indiquer une faiblesse préalable quelconque des parois du ventre. Ce sont les *hernies dites de force*. Leur mécanisme n'est pas

aussi facile à comprendre que pour les précédentes. Il est en effet difficile de s'expliquer pourquoi, à un moment donné, les parois abdominales deviennent tout d'un coup incapables de résister aux pressions des viscères pendant un effort, alors que jusque-là elles en avaient toujours été capables.

De là certaines théories telles que l'allongement pathologique du mé-sentère (Rust) et l'existence de sacs préformés (J. Cloquet), pour tâcher d'expliquer le point que la théorie purement mécanique laisse dans l'ombre. La première de ces théories est aujourd'hui complètement rejetée. La seconde n'est reconnue vraie que pour quelques cas particuliers (certaines hernies crurales) et n'est pas applicable à la généralité des faits.

Nous sommes donc obligés d'admettre, avec la plupart des modernes, que la hernie est la conséquence des pressions exagérées ou répétées des viscères contre la paroi abdominale, en admettant, dans beaucoup de cas, un certain degré préalable d'affaiblissement de cette paroi.

Cette théorie mécanique ne rend compte du reste ni de la formation du sac herniaire, ni de la production des hernies multiples chez le même sujet.

## § 2. — Anatomie pathologique des hernies.

Nous avons déjà vu qu'un grand nombre de hernies pouvaient être considérées comme exceptionnelles, et que les inguinales, les crurales et les ombilicales devaient seules être considérées comme communes et ordinaires. Mais chacune de ces variétés ne se présente pas avec une fréquence égale. La hernie ombilicale s'observe moins souvent que l'inguinale ou la crurale, surtout chez l'adulte. Quant aux deux autres variétés, elles ont une proportion différente suivant le sexe du malade. Ainsi la hernie inguinale est de beaucoup la plus fréquente chez l'homme; chez la femme, au contraire, elle est relativement rare, et la hernie crurale est chez elle la variété la plus commune. Enfin ces hernies ne se montrent pas également des deux côtés du corps: les hernies crurales et inguinales sont plus fréquentes à droite qu'à gauche, sans que rien ait pu convenablement expliquer cette disposition.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous devons successivement examiner le trajet herniaire et la hernie elle-même, comprenant les enveloppes et le contenu.

A. *Trajet herniaire.* — On désigne sous le nom de trajet herniaire le chemin parcouru par les viscères dans l'épaisseur des parois abdominales pour venir faire saillie au dehors.

Les hernies sortent de l'abdomen par les anneaux naturels ou par des orifices accidentels.

Les premiers sont les anneaux fibreux destinés à livrer passage aux

vaisseaux importants ou aux organes qui traversent les parois abdominales pour aller les porter dans d'autres régions. Ce sont les anneaux cruraux, inguinaux, l'anneau ombilical, etc.

Les anneaux accidentels comprennent des orifices vasculaires de petits calibres, préalablement dilatés et agrandis de façon à permettre le passage de la hernie, des interstices musculaires cellulaires qui cèdent à la pression des viscères, ou bien encore des orifices formés par la dilatation de l'érailement d'un point faible naturel ou accidentel, comme une cicatrice, par exemple.

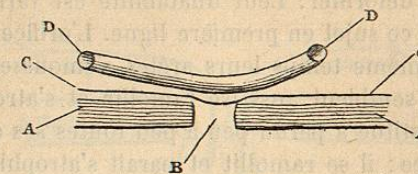


Fig. 70. — Fossettes péritonéales; AA, paroi abdominale; B, orifice externe; CC, péritoine pariétal; DD, intestin.

Dans tous les cas, du reste, il n'y a pas de véritable canal préformé avant le passage de la hernie. Il n'existe réellement que par suite de la présence de la hernie.

Tout canal herniaire présente à étudier un orifice interne ou profond recouvert par le péritoine pariétal et un orifice externe ou superficiel,

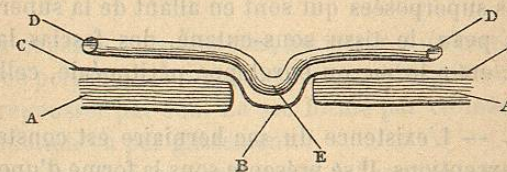


Fig. 71. — Pointe de hernie; AA, paroi abdominale; B, péritoine pariétal repoussé dans l'ouverture externe et formant le commencement d'un sac herniaire; CC, péritoine pariétal; DD, intestin; E, anse intestinale engagée et constituant la pointe de hernie.

qui est sous-cutané, séparés l'un de l'autre par un trajet intermédiaire. Cependant, dans certains cas, toutes ces parties semblent comme fusionnées et le trajet tout entier se réduit à un simple anneau, comme l'anneau ombilical, par exemple.

Ces variétés de dispositions du trajet ont fait diviser les hernies, au point de vue de leur trajet, en hernies directes ou hernies obliques.

Les hernies directes sont celles qui traversent directement ou perpendiculairement la paroi, à travers un simple orifice. Les hernies obliques, au contraire, jouissent d'un trajet complet avec deux anneaux et un canal intermédiaire. Au point de vue de l'étendue du trajet parcouru, on distingue celles-ci en complètes ou incomplètes. Les premières ont

traversé toute l'épaisseur de la paroi et sont venues faire issue au dehors. On désigne sous le nom d'incomplètes celles qui n'ont pas encore franchi l'orifice externe. Il y a plusieurs degrés. On appelle *pointe de hernie* celle qui a traversé seulement l'anneau interne, et *interstitielle* ou *intrapariétale* celle qui s'avance jusqu'au voisinage de l'orifice externe.

Du reste, les anneaux qui livrent passage aux hernies subissent à la longue des altérations qu'il est utile de connaître et qui varient suivant que l'on a affaire aux anneaux naturels ou aux orifices accidentels.

Les anneaux naturels, qui normalement sont fibreux, se laissent d'abord dilater et déformer. Leur dilatabilité est variable : l'anneau ombilical venant à ce sujet en première ligne. L'orifice crural paraît le plus résistant. En même temps leurs arêtes s'émousent, leurs angles s'arrondissent; ils semblent aussi se ramollir et s'atrophier. Le tissu fibreux qui les constitue a perdu peu à peu toutes ses qualités de rigidité et de résistance; il se ramollit et paraît s'atrophier. Les hernies dont les anneaux sont ainsi altérés sont absolument incurables.

Les orifices accidentels se laissent, eux aussi, et souvent plus que les précédents, dilater et déformer; mais ils subissent souvent une transformation fibreuse alors qu'ils étaient d'abord simplement cellulaires, par suite de l'irritation développée à leur niveau par le frottement des viscères qui les traversent. Ils deviennent alors durs et rigides, et sont capables de jouer un rôle actif dans l'étranglement.

B. *Tumeur herniaire*. — 1° *Enveloppes*. — Elles sont formées par une série de couches superposées qui sont en allant de la superficie vers la profondeur : la peau, le tissu sous-cutané, des fascias lamelleux et aponévrotiques, enfin le sac ou enveloppe péritonéale, celle-ci la plus importante.

*Sac herniaire*. — L'existence du sac herniaire est constante, à part quelques rares exceptions. Il se présente sous la forme d'une membrane mince, assez résistante, adhérant lâchement aux couches extérieures et sur laquelle on arrive après avoir traversé la peau, le tissu sous-cutané, les feuillets cellulaires et aponévrotiques qui recouvrent la hernie. Sa forme et son volume reproduisent ceux de la hernie. En le suivant vers les parties profondes, on observe une partie rétrécie qui s'enfonce dans l'orifice herniaire. Le sac est d'épaisseur variable, sa face externe, lisse et polie, présente tous les caractères d'une séreuse. Le doigt introduit dans sa cavité traverse, en remontant vers l'abdomen, une sorte de goulot étroit par lequel il pénètre dans la cavité abdominale, et il est facile de voir que le sac herniaire se continue directement avec le péritoine dont il constitue un diverticule. On distingue au sac trois parties : le *collet*, portion rétrécie répondant à l'anneau et qui fait communiquer le sac avec l'abdomen; le *corps*, portion qui s'épanouit à l'extérieur et se trouve en rapport avec les couches superficielles; le *fond* ou partie terminale de la poche séreuse.

La forme du sac est très variable : on peut néanmoins la ramener à quatre types primitifs : le sac cylindroïde, le sac conoïde, le sac sphéroïde, et le pyriforme. Toutes les autres formes dérivent de ces formes primitives. D'ailleurs, la forme du sac dépend de la forme et de la constitution de l'anneau qu'il traverse, ainsi que de la résistance inégale des couches extérieures. C'est ainsi que le sac cylindroïde est souvent inguinal, le globuleux crural, ombilical ou obturateur, etc.

Le sac se forme de deux manières : par *locomotion* ou par *distension*. Lorsqu'au voisinage d'un orifice herniaire, le péritoine est lâchement

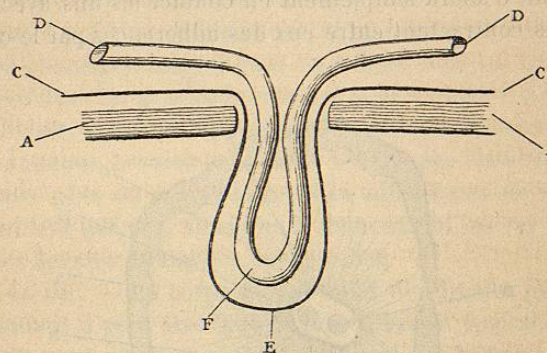


Fig. 72. — Hernie complète; AA, paroi abdominale; CC, péritoine pariétal; DD, intestin replié en anse; E, sac herniaire constitué par le péritoine refoulé au dehors; F, anse herniaire contenue dans le sac.

adhérent aux couches sous-jacentes, les viscères en traversant l'anneau entraînent une portion plus ou moins étendue de la séreuse qui se laisse déplacer et repousser par eux. Le sac formé par ce mécanisme est dit sac par locomotion ou par glissement.

Si, au contraire, ainsi que cela existe à l'anneau ombilical, le péritoine est fortement adhérent à l'orifice herniaire, le feuillet séreux sera non plus entraîné, mais distendu sous l'effort des viscères, et le développement du sac sera limité par le degré de dissensibilité de la séreuse. Le sac se produit alors par *distension*. Du reste, dans les hernies anciennes et volumineuses, ces deux mécanismes s'associent dans une certaine mesure pour la production des sacs considérables qu'elles déterminent.

Le sac une fois formé présente des modifications dignes d'être étudiées. Nous devons examiner son orifice, son collet, son corps.

a. *Orifice*. — L'orifice du sac, qu'il ne faut pas confondre avec le collet, est de forme très variable. Parfois, arrondi ou allongé en fente, il peut aussi être de forme triangulaire. Il est ordinairement situé sur le plan même du péritoine pariétal. Mais quelquefois il se trouve au centre d'une dépression plus ou moins marquée ou même d'un véritable entonnoir membraneux.