

Mais ordinairement les hernies moyennes et petites sont molles, plus ou moins élastiques, dépressibles, augmentent et durcissent pendant l'effort, et se réduisent facilement soit dans le décubitus dorsal, soit sous l'influence d'une pression douce et modérée.

Elles donnent souvent lieu à des troubles fonctionnels, douleurs, tiraillements, coliques passagères et peu intenses. Ces symptômes sont souvent beaucoup plus accusés dans les hernies très volumineuses. Mais il n'y a pas toujours une relation très exacte entre l'intensité des phénomènes fonctionnels et le volume de la tumeur. L'épiplocèle ombilicale pure ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de la hernie ombilicale est d'habitude facile. Cependant, dans certains cas, des tumeurs peu volumineuses et qui existent chez des personnes très grasses peuvent, à moins d'un examen très minutieux, passer inaperçues. Quelquefois c'est la présence des troubles fonctionnels qui met le chirurgien sur la voie du diagnostic.

Peu de tumeurs peuvent être confondues avec l'exomphale. On ne peut guère la confondre qu'avec l'hydromphale ou distension de l'ombilic par la sérosité dans les grands épanchements ascitiques.

Le diagnostic exact entre la hernie ombilicale vraie et les hernies adombilicales doit se faire par un examen local très attentif. Le contenu du sac se diagnostique ici de la même façon que dans les autres hernies. Il est quelquefois très difficile de distinguer la hernie graisseuse d'une épiplocèle pure. La présence de l'estomac dans la hernie se reconnaît au bruit de glou-glou par l'ingestion des boissons, l'augmentation de volume de la tumeur par l'arrivée des aliments dans le ventricule. La présence de l'utérus gravide a été, quand elle s'est produite, assez facile à reconnaître.

Le pronostic de la hernie ombilicale doit être assez réservé. Elle n'a pas de tendance à guérir naturellement, et elle est souvent la cause d'accidents fonctionnels assez pénibles. Enfin, la production toujours possible d'accidents graves doit faire regarder l'exomphale comme une maladie sérieuse. De plus, les grosses hernies sont toujours d'un pronostic plus grave que les moyennes et celles-ci plus sujettes aux accidents que les petites.

*Traitement.* — La hernie ombilicale de l'adulte n'ayant pas tendance à guérir spontanément, il sera absolument indiqué de la maintenir réduite.

La réduction s'opère d'ordinaire assez facilement dans le décubitus dorsal et à l'aide d'une pression douce et méthodique. Cependant, dans certains cas, la hernie étant étalée au dehors de l'anneau, il sera nécessaire pour y arriver de pratiquer un taxis en règle, après avoir préalablement placé les parois abdominales dans le relâchement complet.

Dans le cas de hernie cylindroïde, le pédicule étant en haut, le taxis

devra être pratiqué à l'aide de pressions dirigées obliquement en haut et en arrière. La hernie réduite devra être maintenue par un bandage suffisant. A cause des mouvements incessants du ventre et de la flexibilité des parois abdominales antérieures, ce bandage est souvent sujet à se déplacer. Il est ordinairement composé d'une pelote arrondie s'engageant en partie par son sommet dans l'anneau ombilical et maintenue soit par un ressort métallique, soit, ce qui vaut mieux au point de vue de sa fixité, par une ceinture large en coutil ou en caoutchouc.

Chez les personnes grasses la pelote produit souvent des excoriations qui en rendent le maintien continu difficile.

On a fait aussi quelquefois, et dans certains cas spéciaux, des tentatives de cure opératoire par les méthodes directes. Mais les indications sont ici moins nombreuses que dans les autres hernies. Cette opération étant ici plus grave que dans les autres régions ne doit être pratiquée que sur des indications très précises. Dans les cas où la hernie coexiste avec un kyste de l'ovaire, il est d'usage de pratiquer la cure radicale de la hernie en faisant l'ovariotomie : ces tentatives sont ordinairement suivies de succès.

### 3° HERNIES OMBILICALES IRRÉDUCTIBLES.

La plupart des accidents auxquels sont soumises les hernies ombilicales ont pour effet, ici comme dans les autres variétés, de produire l'irréductibilité : mais tantôt cette irréductibilité est le seul accident existant, tantôt au contraire elle s'accompagne des symptômes graves qui caractérisent l'étranglement.

A. *Hernies irréductibles par adhérence.* — Presque toutes les hernies ombilicales irréductibles, en dehors des accidents aigus, le sont par suite d'adhérences. Presque toujours, celles-ci sont produites par l'épiploon qui, à la suite de poussées inflammatoires, s'épaissit, s'indure et devient adhérent soit au sac lui-même soit à l'intestin. Aussi rencontre-t-on ces adhérences aussi bien dans l'entéro-épiplocèle que dans l'épiplocèle pure. L'irréductibilité par adhérence est pour ainsi dire constante dans les hernies anciennes et volumineuses. Elle peut aussi se rencontrer dans les hernies moyennes, mais plus rarement. Dans les hernies très volumineuses, cette irréductibilité peut être partielle, l'épiploon seul étant plus ou moins adhérent, tandis que les anses intestinales peuvent facilement rentrer par un taxis méthodique. Mais cette réduction intestinale partielle n'est pas toujours facile à reconnaître.

Les grosses hernies irréductibles peuvent voir quelquefois la peau qui les recouvre s'érailler et se rompre. Ces faits sont cependant assez rares.

Le diagnostic de cette irréductibilité est ordinairement facile. Dans certains cas cependant il est difficile de distinguer une épiplocèle adhérente d'une hernie graisseuse irréductible.

Dans tous les cas, ces hernies irréductibles sont d'un pronostic plus sérieux. Elles constituent une infirmité souvent gênante et difficile à supporter, et elles sont exposées constamment à des accidents inflammatoires qui revêtent parfois un caractère grave.

Le traitement est d'ordinaire purement palliatif. La hernie devra être maintenue ou plutôt soutenue soit par un brayer à pelote concave, si elle est petite, soit plus souvent, à cause de son volume, par une sorte de suspensoir en toile de coutil ou de caoutchouc, qui empêchera l'accroissement ultérieur de la tumeur. Dans les cas où une compression bien faite a pu être supportée, on a quelquefois vu ces hernies diminuer peu à peu et devenir complètement réductibles.

B. *Hernies ombilicales étranglées et enflammées.*— Ces deux lésions doivent être réunies dans une même étude, car on voit surtout dans les hernies ombilicales volumineuses survenir des accidents à forme insidieuse que l'on a longtemps décrits sous le nom de *pseudo-étranglements par inflammation*. La tumeur devient douloureuse, irréductible, sans grande rougeur ni chaleur à la peau. Le malade éprouve des coliques violentes, de la constipation, il est pris de vomissements qui ne deviennent ordinairement pas fécaloïdes. L'état général n'est pas trop altéré; il n'y a pas de collapsus. Puis, au bout de quelques jours, ces phénomènes s'apaisent, la constipation cède à des purgatifs, les vomissements s'arrêtent, la tumeur devient de moins en moins douloureuse et tout rentre dans l'ordre. Ce sont, du reste, le plus souvent, des étranglements à forme lente, incomplète, insidieuse, comme on en observe dans toutes les hernies avec adhérence, et fort probablement ils sont liés à des obstructions intra-sacculaires produites par des brides ou des faisceaux épiploïques.

Mais, dans bon nombre de cas aussi, l'étranglement brusque survient dans les hernies ombilicales, avec tous les caractères qu'il présente dans les hernies des autres régions. Cependant l'étranglement y est plus rare que dans les hernies inguinales ou crurales, et cette rareté relative tient d'ordinaire au degré de dilatation de l'anneau dans les grosses hernies et à l'état peu développé du collet herniaire. Au point de vue de l'étranglement, il n'y a aucune distinction à établir entre les hernies ombilicales vraies et les adombilicales.

L'étranglement peut être produit par le collet du sac, fait rare mais aujourd'hui absolument hors de doute, mais il a surtout pour agent, dans la plupart des cas, l'anneau fibreux soit naturel, soit accidentel. Dans quelques cas en outre l'étranglement a pu être produit par une bride fibreuse ou par l'épiploon adhérent et épaisi.

Les symptômes de l'étranglement des hernies ombilicales ne présentent rien de particulier. Il faut noter seulement qu'il n'y a pas toujours une concordance absolue entre la gravité des lésions locales et l'intensité des phénomènes généraux. Cet étranglement a tantôt une marche

franche aiguë bien caractérisée, tantôt au contraire une allure lente, insidieuse, surtout quand il succède à des accidents inflammatoires. Ces formes trompeuses s'observent surtout quand l'étranglement survient dans les grosses hernies adhérentes et irréductibles depuis longtemps.

Dans les hernies petites et moyennes contenant peu d'épiploon la marche aiguë s'observe plus souvent, et dans ces cas la terminaison par gangrène est fréquente, facile et rapide.

Cette production de la gangrène aboutissant à un anus contre nature, est ici plus grave que dans les autres hernies à cause du voisinage de l'estomac et parce que l'anus contre nature ombilical guérit très difficilement par suite de la difficulté de la formation de l'entonnoir membraneux. Cependant il existe quelques cas de guérison.

Le pronostic de l'étranglement ombilical a été longtemps considéré comme beaucoup plus grave que celui des autres hernies, mais cela surtout à cause de la doctrine chirurgicale en honneur il y a quelques années encore. Il était de règle de s'abstenir de toute intervention dans la hernie ombilicale étranglée.

**Traitement.**— De nos jours, les chirurgiens sont revenus à d'autres idées. Il est indiqué, ici comme dans toutes les hernies étranglées, d'essayer d'abord de réduire l'étranglement par un taxis méthodiquement fait, et, si cette manœuvre n'est pas suivie de succès, on a recours à la kélotomie.

Le taxis est adopté à peu près pour tous les cas, sauf peut-être les grosses hernies anciennement irréductibles. Pour les petites et les moyennes, il ne doit être accepté que pendant les deux ou trois premiers jours de l'étranglement. Passé ce délai, même si les accidents de gangrène ne sont pas menaçants, il sera indiqué de ne plus y avoir recours. Dans tous les cas, ce taxis ne devra jamais être prolongé au delà de trente minutes, et d'ailleurs il devra toujours être modéré au début et progressif.

La kélotomie a été autrefois considérée comme tellement dangereuse qu'elle devait être proscrite. Pour en atténuer les dangers, on a successivement préconisé la dilatation de l'anneau sans ouverture du sac (Richet), l'incision du collet à travers une ouverture simple du sac (Demarquay, Th. Bryant). Aujourd'hui, grâce aux bienfaits de la méthode antiseptique, cette opération se fait avec autant de succès pour la hernie ombilicale que pour les autres hernies; elle doit seulement être rigoureusement antiseptique et faite très hâtivement.

La cure radicale par extirpation du sac et ligature du collet est indiquée dans tous les cas de kélotomie consécutive à l'étranglement. Elle donne de bons résultats.

## § 4. — Hernies abdominales rares.

Les hernies que nous avons déjà étudiées, inguinales, crurales et ombilicales, peuvent être désignées sous le nom de hernies communes, par rapport à leur fréquence. Elles constituent, en effet, la presque totalité des hernies abdominales, environ 95 p. 100 (Peyrot).

Il en est quelques autres, qu'il faut connaître aussi, et que le chirurgien est appelé à soigner dans quelques rares circonstances, mais que leur rareté même a fait désigner sous le nom de hernies exceptionnelles.

On peut les rencontrer sur les points les plus divers des parois de la cavité abdominale. La paroi supérieure fournit les hernies diaphragmatiques. Les parois antéro-latérales donnent naissance aux hernies de la ligne blanche en avant, aux laparocèles sur les côtés, à la hernie lombaire en arrière. A travers les orifices du bassin passent les hernies obturatrice et ischiatique. Enfin la paroi inférieure de la cavité pelvi-abdominale se laisse quelquefois traverser par les hernies périnéale, vaginale ou vagino-latérale, ces dernières spéciales à la femme.

1° *Hernies diaphragmatiques*. — On désigne sous le nom de hernie diaphragmatique tout déplacement des viscères à travers une solution de continuité du diaphragme.

Il est à peine besoin de faire remarquer que, par suite de la différence de pression qui existe entre la cavité thoracique et la cavité abdominale, les viscères abdominaux seuls sont susceptibles de s'engager à travers une ouverture du diaphragme.

Ces hernies se divisent en trois grandes classes : 1° les *hernies diaphragmatiques congénitales*, comprenant toutes celles qui existent au moment de la naissance et toujours dues à un vice de développement du diaphragme ; 2° les *hernies acquises*, se produisant à la suite d'efforts exagérés et toujours favorisées par l'existence antérieure d'un orifice accidentel ou anormal de la cloison musculaire ; 3° les *hernies traumatiques*, consécutives aux blessures du diaphragme.

Les hernies du diaphragme traumatiques et acquises, ayant été étudiées déjà au chapitre qui traite des *plaies du diaphragme*, nous y renvoyons le lecteur et n'avons à nous occuper ici que des hernies diaphragmatiques congénitales.

*Hernies diaphragmatiques congénitales*. — Dans certains cas très rares, le diaphragme fait totalement défaut, et les viscères abdominaux pénètrent largement dans la poitrine ; cependant, comme ces malformations sont ordinairement incompatibles avec l'existence, nous n'en tiendrons pas compte ici et nous ne nous occuperons que des cas où il existe une partie du diaphragme, aussi peu développée qu'elle soit.

La hernie diaphragmatique congénitale est une affection rare. Elle est

ordinairement unique ; cependant dans quelques cas exceptionnels on a pu constater la coexistence de deux hernies.

La hernie diaphragmatique congénitale est ordinairement latérale. — Cependant il y a quelques observations de hernies médianes ; elles sont alors situées immédiatement en arrière du sternum : l'orifice est rétro-xiphoïdien. Les hernies latérales sont beaucoup plus fréquentes du côté gauche que du côté droit.

L'orifice herniaire est très variable. Tantôt la portion du diaphragme qui manque est telle que ce muscle est réduit à une simple bandelette semi-lunaire ; dans certain cas, c'est une moitié entière du diaphragme qui fait défaut, et c'est le plus souvent la moitié gauche. Quelquefois, au contraire, c'est un pilier qui est absent, ou bien une partie des insertions costales. Cependant le cas le plus fréquent est l'existence d'une ouverture latérale, ovalaire, circonscrite d'un côté par la paroi abdomino-costale, de l'autre par le diaphragme en forme de croissant. Cette ouverture est située au voisinage de la colonne vertébrale et forme un ovale d'autant plus allongé qu'il manque un plus grand nombre d'insertions costales. Cet orifice est appelé en Allemagne trou de Bochdaleck, et les hernies qui le traversent ont été dites par Duguet *hernies en croissant*. D'autres part, l'orifice herniaire est formé par une ouverture se trouvant sur un point quelconque de la cloison diaphragmatique, soit sur la partie musculaire, soit sur la portion tendineuse. On a alors affaire aux hernies dites en boutonnière. Les viscères peuvent aussi, exceptionnellement, s'engager dans les orifices naturels du diaphragme : on n'en a quelques exemples que pour l'orifice œsophagien, et celui du grand nerf splanchnique. Enfin, il existe aussi de véritables éversions diaphragmatiques, le diaphragme distendu et refoulé faisant l'office de sac herniaire.

Les bords de l'orifice sont, suivant son siège, tantôt formés par de la substance musculaire, tantôt par du tissu tendineux. Il sont en général, minces, lisses, et tapissés ordinairement par une membrane séreuse qui est due à la fusion de la plèvre et du péritoine au niveau de l'ouverture.

Les hernies diaphragmatiques congénitales manquent le plus souvent de sac herniaire ; les viscères abdominaux sont à nu dans la cavité thoracique. Cependant, dans quelques cas, on a constaté la présence d'un sac qui est alors constitué par les deux séreuses, pleurale et péritonéale, accolées et refoulées ensemble.

Tous les viscères abdominaux ont été rencontrés dans les hernies diaphragmatiques. La quantité des organes déplacés est, pour ainsi dire, en rapport direct avec le degré et l'étendue de la difformité qui a donné naissance à la hernie.

Par ordre de fréquence on y trouve : l'estomac, l'intestin grêle, la rate, le côlon, le foie, le pancréas, l'épiploon, le cæcum et le duodénum.

Exceptionnellement on y a encore observé le rectum et les reins.

Quoi qu'il en soit, il est rare que la hernie soit constituée par un seul organe, et dans ce cas, c'est l'estomac qui est déplacé en totalité ou en partie. Les viscères prennent dans la hernie les dispositions les plus diverses. Ce sont là des points de détail sur lesquels nous ne pouvons insister, nous désirons seulement dire un mot des hernies du foie, qui sont souvent partielles. La portion herniée est toujours nettement séparée du reste de la glande par un sillon plus ou moins profond dû à l'impression du rebord de l'orifice herniaire dans le parenchyme hépatique. Les hernies du foie peuvent être munies d'un sac ou en être dépourvues.

Outre les lésions des organes abdominaux déplacés, il existe souvent encore des lésions thoraciques siégeant soit sur la cavité thoracique elle-même, soit sur les organes qu'elle contient.

Le thorax est souvent déformé. Dans bon nombre de cas, il est élargi et dilaté à sa base. Souvent aussi il présente des déformations, des déviations, spéciales des côtes et souvent des cartilages costaux.

Les viscères thoraciques sont plus fréquemment altérés ou déplacés que le thorax lui-même. Les deux poumons ne présentent pas des altérations analogues. Celui qui est du même côté que la hernie est l'organe thoracique le plus profondément modifié. Le plus souvent il est aplati, flétri, comprimé, tantôt refoulé vers le sommet de la cavité thoracique, tantôt retiré vers son pédicule et repoussé contre la colonne vertébrale. D'autres fois il est à peine comprimé et contient de l'air. D'ailleurs son aspect varie suivant que l'enfant a respiré ou non.

Le poumon du côté opposé est souvent sain, surtout chez les sujets qui ont vécu plus ou moins longtemps. Il peut être, lui aussi, plus ou moins comprimé suivant le volume de la hernie. Parfois il subit comme son congénère un arrêt de développement plus ou moins marqué.

Le cœur et le péricarde sont rarement altérés; ils sont plus ou moins repoussés et déplacés, naturellement leurs déplacements sont plus fréquents et plus marqués dans les cas où la hernie siége sur la moitié gauche du diaphragme. Il en est de même des médiastins avec les organes qu'ils contiennent.

Enfin souvent aussi la hernie diaphragmatique congénitale s'accompagne d'autres vices de conformation.

L'étude des causes des hernies diaphragmatiques congénitales est tout entière liée à celle du développement de ce muscle, qui est encore mal connu. — L'orifice herniaire étant produit par un défaut de développement, il est probable que les intestins, formés à leur place normale, s'y engagent progressivement pendant la vie intra-utérine, par suite de la flexion croissante du fœtus dans l'utérus. Nous ne savons pas encore pour quelle raison ces hernies sont plus fréquentes à gauche qu'à droite.

Les symptômes sont le plus souvent nuls dans les cas de hernie

petite; on constate seulement quelques troubles digestifs et respiratoires, dont la signification échappe le plus souvent. Si la hernie est volumineuse, la paroi abdominale est dépressible et excavée; la percussion du thorax présente une sonorité exagérée, alors que l'auscultation permet de constater une absence presque complète du murmure vésiculaire. Souvent aussi il existe une douleur vague, profonde, dans la poitrine, accusée surtout du côté où siége la hernie.

Le malade est oppressé : la dyspnée est plus ou moins accusée et augmente soit dans certaines positions, soit après l'ingestion des aliments. On peut aussi constater des troubles de rythme et de nombre dans les battements du cœur, et des troubles digestifs assez marqués. Ces hernies, qui souvent passent totalement inaperçues, ont pu aussi être confondues avec le pneumo-thorax, la pleurésie aiguë ou chronique.

L'étranglement se montre parfois dans les hernies diaphragmatiques congénitales, et l'absence de tumeur herniaire a pu faire penser, dans ces cas, à un étranglement interne.

La hernie diaphragmatique congénitale est toujours une affection grave; dans certains cas même, elle est incompatible avec l'existence. A part l'étranglement, qui est assez rare, les malades peuvent être emportés par des complications respiratoires ou circulatoires.

Par suite de son siège, la hernie diaphragmatique échappe à tout traitement.

2° *Hernies de la ligne blanche.* — Les hernies de la ligne blanche se produisent toutes dans la région sus-ombilicale, car ce n'est qu'au-dessus de l'ombilic que les muscles droits de l'abdomen sont sensiblement écartés. Aussi peut-on dire que toutes les hernies de la ligne blanche sont *épigastriques* ou *sus-ombilicales*. Nous n'insisterons pas sur leur description, car elles présentent tous les caractères des hernies péri-ombilicales que nous avons décrites en faisant l'étude des hernies de l'ombilic.

3° *Hernies ventrales ou laparocèles.* — On désigne sous le nom de hernies latérales ou laparocèles les hernies ventrales qui se produisent, d'une part entre le rebord des fausses côtes et l'arcade crurale, d'autre part entre le bord externe du grand droit et le bord postérieur du grand oblique.

Ces hernies sont *traumatiques* ou *spontanées*. Les hernies traumatiques succèdent à des contusions, à des plaies, à des opérations chirurgicales. La cicatrice de ces lésions constitue un point faible qui se laisse plus ou moins facilement distendre et traverser par les viscères. Les hernies dites spontanées peuvent succéder à un furoncle, à un abcès ayant affaibli la paroi; mais le plus souvent elles sont consécutives à une grossesse, à une tumeur abdominale, à une ascite, à l'obésité, toutes causes qui, par suite d'une distention exagérée, ont notablement diminué la résistance des parois du ventre.

La hernie latérale, qu'elle soit consécutive à une cicatrice ou spontanée, possède toujours un sac herniaire. Celui-ci est d'ordinaire distendu, très aminci, et facile à reconnaître.

La hernie spontanée siège le plus souvent au niveau de la ligne semi-circulaire de Spiegel, c'est-à-dire au niveau des fibres aponévrotiques antérieures du muscle transverse. Elles sortent au niveau des petits orifices vasculaires que l'on trouve en cette région; parfois aussi elles s'engagent à la suite d'un petit peloton graisseux. Ces dernières peuvent à la rigueur se trouver sur un point quelconque de la paroi latérale (Ferrand). Il en est de même des hernies consécutives aux cicatrices.

Ces hernies siègent presque toujours au-dessous du plan transversal passant par l'ombilic. Au point de vue de leur degré de développement on les divise, suivant Peyrot, en sous-cutanée ou *propariétale*; interstitielle ou *hernie intra-pariétale* et en hernie à la fois interstitielle et sous-cutanée, ou hernie en *bissac* ou en *brioche*.

Le sac adhère ordinairement d'une façon intime aux couches superficielles; il est souvent, du moins dans les hernies volumineuses, cloisonné par des brides d'étendue et de volume variables. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer des étranglements siégeant dans l'intérieur du sac et non à l'orifice herniaire. L'orifice et le collet sont, au contraire, plus souvent les agents de l'étranglement dans les hernies petites.

Les laparocèles sont constituées par de l'épiploon, de l'intestin grêle, le cæcum ou le côlon.

Les hernies petites, intra-pariétales, peuvent facilement être méconnues. Les hernies moyennes et grosses formant tumeur à l'extérieur sont au contraire facilement reconnaissables, car elles offrent tous les caractères ordinaires des tumeurs herniaires. Toutes les hernies latérales peuvent donner lieu à des troubles digestifs très marqués, qui en facilitent le diagnostic.

Les accidents d'étranglement sont, ici, comme à l'ombilic, plus fréquents dans les petites hernies que dans les moyennes et les grosses.

Au point de vue du traitement, il faudra, pour les hernies réductibles, les maintenir par un bandage en ceinture, qui se rapprochera de celui qui est employé pour les hernies ombilicales. Si la hernie est irréductible, il faudra néanmoins appliquer un bandage pour en empêcher l'accroissement.

Enfin, dans les cas d'étranglement, il faut agir rapidement et opérer de bonne heure. Souvent la kélotomie pourra suffire; mais parfois il sera préférable de pratiquer la laparotomie sur la ligne médiane, qui a donné entre les mains de Terrier un succès mémorable.

4° *Hernie lombaire*. — La paroi abdominale postérieure peut se laisser traverser en deux points: au niveau du triangle de J.-L. Petit, et c'est

là le cas le plus fréquent, ou bien, au contraire, dans le triangle lombocosto-abdominal décrit par Grynfeldt (1866).

On désigne sous le nom de triangle de J.-L. Petit un espace limité en avant par les fibres postérieures du muscle grand oblique de l'abdomen; en arrière, par les fibres inférieures du muscle grand dorsal qui croise obliquement le précédent. La base du triangle, qui est inférieure, est formée par la crête iliaque. C'est par cet espace que se font le plus souvent les hernies lombaires.

Celles qui passent par le triangle de Grynfeldt en constituent une variété encore plus rare: on n'en connaît que quelques exemples. Ce triangle, dirigé en sens inverse du précédent, est recouvert par le grand dorsal. Sa base est formée par la dernière côte; son bord externe est constitué par le bord postérieur du petit oblique, son bord interne par le bord externe du carré des lombes.

L'anneau herniaire est en général très large. Le volume de la hernie est très variable, elle est plus fréquente à gauche qu'à droite. La hernie lombaire présente les caractères communs à toutes les autres hernies: elle est ordinairement d'une réduction facile, et le doigt pénètre aisément dans l'anneau, qui a souvent des dimensions assez grandes.

C'est d'habitude une hernie de faiblesse: elle se produit sous l'influence de toutes les causes capables d'affaiblir la résistance musculaire des parois abdominales.

La facile réductibilité de la hernie lombaire et sa contention aisée, à l'aide d'une ceinture en coutil ou en tissu élastique, en rendent le pronostic assez bénin. On connaît cependant quelques cas d'inflammation, et même des cas d'étranglement, mais ces accidents sont fort rares. En face de l'étranglement, le taxis a souvent réussi; il existe cependant une observation de kélotomie suivie de succès: elle est due à Ravatin, 1768.

5° *Hernie obturatrice*. — On désigne sous le nom de hernie obturatrice, ovalaire (Garengeot), sous-pubienne (Bérard), celle qui passe au-dessous de la branche horizontale du pubis, dans le canal qui donne passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs.

Cet orifice est limité en haut par le pubis, en bas et sur les côtés par les fibres de la membrane obturatrice.

Cette hernie, susceptible de se former dans quelques cas, sous l'influence d'un effort exagéré, est cependant le plus souvent une hernie de faiblesse. Aussi les dimensions du sac sont très variables, et il peut aller du volume d'une bille d'écolier (Trélat) à celui d'une tête d'adulte (Velpeau). Le collet repose sur l'arcade fibreuse que forme la membrane obturatrice, il peut contracter des adhérences avec cette membrane. Le sac se place au-dessous des muscles obturateur externe et pectiné qu'il soulève plus ou moins, suivant son volume. Quelquefois