ce que je n'ai pas. — J'irai les prendre, » dit Hernan. Peut-être alla-t-il les prendre en effet.

Hernan del Pulgar se maria trois fois, en 1485, 1508 et 15[illegible]; il eut du second mariage un fils qui soutint dignement l'honneur du nom; on le trouve cité à la bataille de l'Alpujarra; il se distingua aussi beaucoup en Afrique.

Le héros castillan fut inhumé, suivant son désir, dans la grande mosquée de Grenade, convertie en église. Son tombeau se voit encore dans la chapelle même dont, suivant la tradition, il prit possession en clouant avec sa dague le parchemin de l'*Ave Maria*.

Un savant littérateur espagnol, M. Martinez de la Rosa, a consacré à ce héros une brillante étude historique. Les pièces justificatives jointes à l'ouvrage rendent le travail très-précieux et très-sûr comme renseignements. Le théâtre espagnol a mis plusieurs fois en scène Hernan del Pulgar; c'est un des héros d'une pièce de Lope de Vega, le *Siége de Santa-Fé*, où il raconte son grand exploit de la mosquée de Grenade. Le *Triomphe de l'Ave Maria*, pièce anonyme, composée par *un bel esprit de la cour*, postérieurement à Lope, met le récit en scène, et fait réciter au héros un *Ave Maria* en vers espagnols.

HERNANDEZ (François), médecin et naturaliste espagnol, né à Tolède. Il vivait au XVIe siècle. Tout ce qu'on sait de sa vie, c'est qu'il fut médecin de Philippe II, qui le chargea d'aller étudier les productions naturelles des possessions espagnoles dans l'Amérique. Il recueillit un grand nombre d'observations et laissa des manuscrits que F. Ximénès traduisit du latin en espagnol, et publia sous le titre de *De la naturaleça y virtudes de las arboles, plantas y animales de la Nueva España, etc.* (Mexico, 1615, in-8°). Par la suite, François Cési, président de l'Académie Lyncéenne, à Rome, acheta les manuscrits de Hernandez et les fit paraître en latin sous le titre de *Nova plantarum, animalium et mineralium mexicanorum historia a Francisco Hernandez, etc.* (Rome, 1656, in-fol., avec fig.). Dans cet ouvrage, Hernandez a fait connaître le premier aux Européens les trois règnes de la nature si variée du nouveau monde. On a donné en son honneur le nom de *hernandiacées* à un petit groupe de plantes de la famille des thymélées.

HERNANDEZ (Philippe), écrivain français, d'origine espagnole, né à Paris en 1724, mort dans la même ville en 1782. Il n'apprit pas moins de vingt-six langues, obtint un emploi au ministère des affaires étrangères et devint interprète du roi. Outre de nombreux articles insérés dans le *Journal étranger* de 1751 à 1761, on a de lui : *Description de la généralité de Paris* (Paris, 1759, in-8°) et deux ouvrages traduits de l'anglais : *Voyage aux Indes orientales*, de H. Grose (Londres, 1758), et les *Aventures de Roderic Random*, de Smollett (Londres, 1761, 3 vol.).

HERNANDEZ DE VELASCO (Grégoire), littérateur espagnol, né à Tolède vers 1550. Il entra dans les ordres, se fit recevoir docteur en théologie, et se fit connaître par quelques traductions en vers, plus élégantes que fidèles, et dont le style est trop souvent ampoulé. Les plus remarquables sont celles du poëme de Sannazar, intitulé : *De partu Virginis* (Tolède, 1554, in-8°), et de l'*Enéide* de Virgile (Valladolid, 1585).

HERNANDIACÉ, ÉE adj. (èr-nan-di-a-sé; *h* asp — rad. *hernandie*). Bot. Qui ressemble ou qui se rapporte au genre hernandie. ‖ On dit aussi HERNANDIÉ.

— s. f. pl. Famille de plantes dicotylédones, comprenant les genres hernandie et inocarpe.

— **Encycl.** Les *hernandiacées* sont des arbres à feuilles alternes, entières. Les fleurs, groupées en épis, en corymbes axillaires ou terminaux, sont hermaphrodites ou monoïques, et entourées d'un involucre coloré. Elles présentent un calice tubuleux, pétaloïde, à quatre ou huit divisions; des étamines insérées sur deux rangs, les extérieures stériles; un ovaire libre, à une seule loge uniovulée, surmonté d'un style simple, quelquefois presque nul, terminé par un stigmate pelté. Le fruit est une drupe fibreuse et monosperme. Cette famille, qui a des affinités avec les protéacées et les thymélées, comprend les deux genres *hernandie* et *inocarpe*.

HERNANDIE s. fr. (èr-nan-dî; *h* asp. — de *Hernandez*, n. pr.). Bot. Genre d'arbres, type de la famille des hernandiacées, comprenant plusieurs espèces, qui habitent l'Asie et l'Amérique tropicale : *On donne souvent le nom de myrobolan au fruit de l'*HERNANDIE. (Lemaire.)

— **Encycl.** L'*hernandie* ovigère est un arbre d'environ 20 mètres, à rameaux tendres, cassants, portant des feuilles cordiformes, un peu échancrées à la base, lisses, à nervures légèrement cotonneuses; le pétiole s'insère au bord de la feuille et non sur le limbe, comme dans l'*hernandie* sonore. Le fruit a l'aspect d'un œuf rougeâtre, d'où le nom particulier de cette espèce. Le bois de cet arbre est très-mou, et si facile à enflammer quand il est sec, que les naturels de la Guyane, d'après Aublet, s'en servent en guise d'amadou. L'*hernandie* de la Guyane paraît être une simple variété de cette espèce.

L'*hernandie* sonore est un arbre ou un arbrisseau qui croît dans les Indes, les Antilles, et qui, à cause du bruit, du son que produit son calice à divisions résistantes quand le vent souffle, a reçu l'épithète toute poétique de *sonore*.

Avec l'*hernandie* sonore, dont les fruits s'appellent myrobolans, on compose, dans le pays où cet arbuste est cultivé, une liqueur appelée *mirobolanti*.

D'après Brunett, le suc des feuilles de l'*hernandie* sonore est un épilatoire préférable à toutes nos préparations arsenicales, aux compositions de Bude et de Bœttger, même à ce rusma des Orientaux, le fameux épilatoire des sultanes; non-seulement (d'après cet auteur) il fait disparaître le duvet, même les poils « gros, rudes, épais, en les lieux où ils ne doivent pas croître, » mais encore il ne laisse après lui aucune cicatrice, aucune trace; il est tout à fait inoffensif.

Hernani, drame en cinq actes et en vers, de Victor Hugo (Théâtre-Français, 25 février 1830). La date de la première représentation d'*Hernani*, comme celle du *Henri III* d'Alexandre Dumas, marque une étape mémorable du romantisme. Ce grand jour fut celui d'une bataille, sur les récits de laquelle les contemporains n'ont pas tari.

Hernani avait été reçu en octobre 1829; mais, quand le jour de la représentation approcha, le camp des classiques s'émut. Il leur sembla impossible qu'on osât dire, sur la première scène du monde, en parlant d'une armoire :

Serait-ce l'écurie où tu mets d'aventure
Le manche du balai qui te sert de monture?

ou considérer comme écrite en vers la fameuse phrase :

. . . J'entends du bruit; on vient par l'escalier
Dérobé.

Sollicité de s'opposer à ces horreurs, Charles X répondit, assez spirituellement pour un roi, qu'en fait de tragédie il n'avait que sa place au parterre. Les deux partis se préparèrent à la lutte. Victor Hugo refusa magnanimement l'appui des claqueurs ordinaires : il avait mieux. Cinq cents affidés, munis d'une carte spéciale sur laquelle était écrit un mot de passe mystérieux, *hierro* (du fer!), devaient s'installer dans la salle pendant la journée. L'auteur de *Victor Hugo, par un témoin de sa vie*, raconte que, « dès une heure de l'après-midi, les passants de la rue Richelieu virent s'accumuler à la porte du théâtre une bande d'êtres farouches et bizarres, barbus, chevelus, habillés de toutes façons, excepté à la mode : en vareuse, en manteau espagnol, en gilet à la Robespierre, en toque à la Henri III, ayant tous les siècles et tous les pays sur les épaules et sur la tête, en plein Paris, en plein midi. Les bourgeois s'arrêtaient, stupéfaits et indignés. M. Théophile Gautier, surtout, insultait les yeux par un gilet de satin écarlate et par l'épaisse chevelure qui lui descendait jusqu'aux reins. » C'étaient tous les *bousingots* et tous les *Jeune-France*, si célèbres depuis dans les fastes littéraires. Avec cela, on pouvait se passer des romains. La victoire fut remportée de haute lutte; pendant les entr'actes, des scènes de pugilat, des bris de banquettes et des chapeaux défoncés à coups de poing, témoignaient, sinon de l'excellence des nouvelles doctrines littéraires, du moins de la vigueur de leurs champions.

Nous n'analyserons ce drame que sommairement, pour montrer comment un poëte de la force de Victor Hugo sait faire des vers admirables et créer des situations pathétiques dans un sujet bien médiocre. Doña Sol, l'étoile, ou plutôt, comme le dit son nom, le soleil de Madrid, est aimée à la fois du roi d'Espagne, don Carlos, d'Hernani et du vieux duc Ruy Gomez; c'est Hernani, un bandit dont la tête est mise à prix, qu'elle aime. Don Carlos, qui guette les rendez-vous des deux amoureux, parvient à se glisser dans la maison de la belle à la place du bandit attendu; la duègne, effrayée, le cache dans une armoire, et il assiste ainsi, fort mal à l'aise, à un duo d'amour entre Hernani et doña Sol. Il l'interrompt en sortant de sa cachette, et, au moment où une explication difficile va avoir lieu entre le roi et le brigand, survient le duc Ruy Gomez. Là-dessus, grand tapage; quand le vieux duc a longuement déclamé contre les jeunes gens qui s'introduisent, comme des voleurs, dans les familles, qu'il a insulté et provoqué les deux amants de sa nièce en tirades flamboyantes, don Carlos, à la stupéfaction générale, s'écrie que ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Et de quoi donc alors?

. . . . . Il s'agit de la mort
De Maximilien, empereur d'Allemagne.

Coup de théâtre; le duc reconnaît le roi, demande des flambeaux pour l'accompagner, et Carlos sauve Hernani en disant : « C'est quelqu'un de ma suite! » A quoi Hernani, qui connaît maintenant son rival, répond par le vers fameux :

Oui, de ta suite, ô roi; de ta suite, j'en suis!

Le lendemain, les deux rivaux se retrouvent sous la fenêtre de doña Sol; Carlos essaye, à l'aide d'un stratagème, d'enlever la belle; Hernani dont la troupe est à deux pas, provoque le monarque et veut le forcer à se battre :

. . . Pas de duel. Assassinez-moi. Faites!

répond le futur Charles-Quint; et Hernani, trop magnanime, le laisse échapper. Le roi parti, Hernani pourrait enlever doña Sol; mais il ne veut plus enchaîner cette jeune fille à sa destinée, et, pendant qu'il perd le temps à le lui déclarer, en fort beaux vers, le tocsin sonne, la ville se remplit de rumeurs; Hernani, qu'on cerne à la lueur des torches, s'échappe à grand'peine.

Doña Sol, ainsi abandonnée, se résigne à épouser le vieux duc. Celui-ci l'emmène dans son château féodal, et elle est en train de regarder bien tristement sa parure de fiancée, lorsqu'un pèlerin se présente. Le duc l'accueille; la future duchesse, restée seule avec lui, lui révèle le mariage qui va s'accomplir. Alors le pèlerin déchire ses habits et se nomme : c'est Hernani! Comme sa tête est mise à prix et vaut cher, il se dénonce et propose aux domestiques de faire leur fortune en le livrant. Le vieux duc accourt, fait lever la herse, accusant son hôte de folie; mais, pendant qu'il met le donjon en état de défense, de peur d'une surprise, doña Sol et Hernani tombent dans les bras l'un de l'autre. Ruy Gomez est terrifié d'une telle félonie :

. . . Morts sacrés! aïeux! hommes de fer!
Qui voyez ce qui vient du ciel ou de l'enfer,
Dites-moi, Messeigneurs, dites! quel est cet homme?
Ce n'est pas Hernani, c'est Judas qu'on le nomme!

Une belle occasion de vengeance se présente. Don Carlos, qui s'est mis à la tête de ses gens pour cerner le bandit dans la montagne, arrive devant le château, fait baisser la herse, et, sachant que Hernani s'est caché là, demande qu'on le lui livre. Ruy Gomez prend alors le roi par la main, lui montre, l'un après l'autre, tous les portraits des Silva, ses aïeux, lui fait l'histoire de chacun d'eux, et, pour conclusion, refuse de trahir l'hospitalité :

Hors que de mon château, démoli pierre à pierre,
On ne fasse une tombe, on n'aura rien!...

Carlos, qui vient d'apercevoir doña Sol, dit alors au vieillard qu'à défaut du proscrit il se contentera d'emmener la jeune fille : « Prends-la donc, dit le duc, et laisse-moi l'honneur. » Don Carlos et sa suite s'éloignent, emmenant doña Sol. Quand Hernani, qui pendant ce temps est resté blotti dans une cachette, derrière un des portraits d'aïeux, apprend toute cette affaire, il devient furieux :

. . . Vieillard stupide! il l'aime!

crie-t-il au duc stupéfait. Remettant donc à une autre époque leur différend, ils conviennent de courir sus au ravisseur. Hernani ne veut qu'arracher doña Sol à Carlos; ceci fait, le duc sera libre de lui ôter la vie, en foi de quoi il lui donne son cor de chasse et lui jure qu'il lui suffira de sonner quelques notes pour qu'aussitôt, en tout lieu, à toute heure, Hernani soit à sa discrétion. C'est ce que l'on a plaisamment appelé la contrainte par cor.

La scène se transporte à Aix-la-Chapelle, dans le caveau sépulcral où se trouve le tombeau de Charlemagne. De plus hautes pensées que des rêves d'amour agitent le roi d'Espagne; en ce moment les électeurs délibèrent; il s'agit pour lui de savoir s'ils le préféreront à François Ier, si don Carlos va devenir Charles-Quint. Il attend avec anxiété leur décision, dans le tombeau du grand empereur; c'est là que se place le grand monologue resté célèbre. Des conjurés, en tête desquels sont Hernani et le vieux duc de Silva, ont également choisi ce caveau pour tramer leur conspiration : ils tirent au sort le nom de celui qui tuera Carlos, et le sort désigne Hernani. En ce moment, des coups de canon annoncent la proclamation de l'empereur; c'est le roi d'Espagne qui a été élu, et il sort lentement du tombeau où il s'était enfermé; il a entendu toute la conjuration; des soldats apostés ferment toutes les issues et s'emparent des rebelles. Hernani et quelques autres sont laissés libres, comme simples prolétaires, ne valant pas l'échafaud. Mais ce dédain révolte le chef de brigands; il se décide à dire qui il est :

. . . . . . Je prétends qu'on me compte!
Puisqu'il s'agit de hache ici, que Hernani,
Pâtre obscur, sous tes pieds passerait impuni,
Puisque son front n'est plus au niveau de ton glaive,
Puisqu'il faut être grand pour mourir, je me lève;
Dieu, qui donne le sceptre et qui te le donna,
M'a fait duc de Ségorbe et duc de Cardona.
Je suis Jean d'Aragon! . . . .

Carlos, tout entier maintenant à ses rêves d'avenir et de monarchie universelle, pardonne aux conjurés, oublie les folies de sa jeunesse et unit Hernani à doña Sol.

Hernani enfin est heureux; il donne, dans son palais d'Aragon, une fête superbe, pour célébrer ses noces; il a tout à fait oublié le vieillard, la parole donnée, et il se perd dans les rêves de bonheur qu'il fait avec sa jeune épouse. Mais voici que le son du cor se fait entendre. Un masque se glisse derrière lui et lui murmure à l'oreille ces vers sinistres :

« Quand tu voudras, vieillard, quel que soit le lieu, l'heure,
S'il te passe à l'esprit qu'il est temps que je meure,
Viens, sonne de ce cor, et ne prends d'autres soins.
Tout sera fait! »

Ce sont les propres termes de son serment à Ruy Gomez. Il faut qu'il meure. Doña Sol, instruite du marché conclu autrefois à cause d'elle, demande à partager la fiole de poison qu'Hernani tire silencieusement de sa poitrine, et tous deux expirent aux pieds du vieillard implacable qui, à son tour, se donne la mort.

On ne saurait nier ce qu'il y a de bizarre et d'incohérent dans un pareil sujet; mais quel flot de poésie dans les tirades et dans les monologues, quels vers cornéliens dans ce dialogue heurté, énergique, qui remplaçait par de la couleur et de la vie les pâles ombres du théâtre classique! Hernani eut soixante représentations, presque aussi tumultueuses que la première. L'acharnement fut tel que l'on applaudit même des choses qui n'étaient pas dans la pièce. Ainsi, quand Hernani s'écrie : « Vieillard stupide! » Théophile Gautier raconte qu'on entendit : Vieil as de pique! et, comme son voisin, un classique enragé, déclarait ne pouvoir digérer ce vieil as de pique, Gautier lui soutint que « vieil as de pique » était un chef-d'œuvre; il fut désappointé de le trouver métamorphosé en « vieillard stupide » dans la pièce imprimée.

Hernani, longtemps proscrit de la scène française avec toutes les autres pièces de Hugo par le second Empire, a été repris avec un grand succès en 1867.

HERNANI, ville d'Espagne, prov. de Guipuzcoa, à 6 kilom. S. de Saint-Sébastien, près de l'Urumea, l'une des dix-huit villes où se tiennent successivement les assemblées générales de la province; 3,560 hab. Forges; filature de laine; fabrique de phosphore. Hernani a joué un rôle important pendant les guerres civiles de don Carlos, et a été longtemps le centre des opérations des deux partis. On y remarque un beau palais moderne; aux environs se trouvent des forges importantes. Patrie de Jean de Urbieta, qui, à la bataille de Pavie, fit prisonnier François Ier.

HERNHUT, bourg du royaume de Saxe, cercle de Bautzen, à 17 kilom. de Zittau; 1,500 hab. Industrie très-active; fabrication de coton, toiles, tabac; blanchisseries de toiles. Ce bourg est la colonie mère de la secte des frères moraves. Cette colonie doit son origine aux protestants chassés d'Autriche (Moravie) par les persécutions des jésuites. Accueillis par le comte Zinzendorf, qui leur concéda une partie de ses terres, les émigrés formèrent une secte dont le comte devint le v ritable fondateur. Le pays où s'établirent les frères moraves était une vaste forêt, qu'ils défrichèrent peu à peu. Aujourd'hui, Hernhut, remarquable par sa propreté, son industrie, sa prospérité, est le siége d'un évêché et le centre du gouvernement de la secte, qui compte plus de quarante établissements dans les différentes parties du monde. « On peut visiter avec intérêt, dit M. Ad. Joanne, la salle de réunion, les salles de vente, le muséum d'histoire naturelle, enrichi par les envois des missionnaires moraves, mais surtout le cimetière, dont toutes les tombes sont pareilles, à l'exception du tombeau de la famille Zinzendorf, situé au centre. Ce sont de simples lames de pierre portant le nom du défunt, avec les dates de sa naissance et de sa mort. Au-dessus du cimetière s'élève le *Hutberg* (colline de garde), groupe de rochers surmonté d'une espèce de temple, d'où l'on découvre une vaste étendue. »

HERNHUTE ou **HERNUTE** s. m. (èr-nu-te; *h* asp.). Membre d'une secte qui a pris naissance à Hernhut, et qu'on appelle aussi FRÈRES MORAVES : *Les* HERNHUTES *aiment en général la musique.* (L. Louvet.)

— **Encycl.** V. MORAVE.

HERNHUTISME ou **HERNUTISME** s. m. (èr-nu-ti-sme, *h* asp. — rad. *hernhute*). Doctrine, manière de vivre des hernhutes ou frères moraves.

HERNIAIRE adj. (èr-ni-è-re; *h* asp. — rad. *hernie*). Chir. Qui appartient, qui a rapport aux hernies : *Tumeur* HERNIAIRE. *Bandage* HERNIAIRE. ‖ Qui s'occupe du traitement des hernies, ou de la confection des appareils destinés à les guérir : *Chirurgien* HERNIAIRE. *Bandagiste* HERNIAIRE. ‖ *Sac herniaire*, Portion du péritoine qui est entraînée en avant de l'intestin, dans la hernie.

— s. f. Bot. Genre de plantes, de la famille des caryophyllées, tribu des illécébrées, comprenant une dizaine d'espèces qui habitent les régions tempérées de l'ancien continent.

— **Encycl.** Bot. Les *herniaires* ou hernioles sont de petites plantes herbacées, à tiges très-rameuses et couchées, à fleurs peu apparentes, réunies par petits groupes à l'aisselle des feuilles. Ce genre comprend une quinzaine d'espèces qui croissent dans les régions tempérées de l'ancien continent. Deux d'entre elles sont communes aux environs de Paris : ce sont les *herniaires* glabre et velue. Elles croissent surtout dans les champs sablonneux; elles sont légèrement astringentes, et ont été jadis employées comme diurétiques. On les a aussi fortement préconisées contre les hernies; mais, à cet égard, leur réputation est bien usurpée.

HERNIE s. f. (èr-nî; *h* asp. — lat. *hernia*, même sens). Chir. Tumeur produite par la sortie d'une partie d'un viscère à travers une ouverture naturelle ou accidentelle de la membrane qui le recouvre : HERNIE *du cerveau.* HERNIE *ombilicale.* HERNIE *crurale.* HERNIE *inguinale.* ‖ *Hernie étranglée*, Celle où la partie du viscère déplacée se trouve serrée par la constriction de l'anneau qui l'entoure. ‖ *Réduire une hernie*, La faire rentrer, la repousser à la place que le viscère occupait naturellement.

— **Encycl.** *Hernies abdominales.* La paroi interne du ventre est tapissée par le péritoine dans toute son étendue, et, lorsque les viscères s'échappent au dehors à travers un orifice, ils entraînent au-devant d'eux une partie du péritoine, qui forme la poche dans laquelle se loge la *hernie*. La partie la plus étroite de cette poche, c'est-à-dire le point situé au niveau de l'orifice par où s'est échappée la *hernie*, porte le nom de *collet*. Le renflement sphérique, ovoïde ou piriforme qui se trouve au-dessous s'appelle *corps*, et, enfin, le fond est la partie la plus évasée du sac, la plus éloignée du collet. Le sac herniaire se forme d'une manière tantôt brusque, tantôt lente, par le déplacement et l'allongement du péritoine. Parfois il s'irrite, s'enflamme et s'hypertrophie, surtout quand la *hernie* est ancienne. Le collet se montre sur l'ouverture abdominale et forme un anneau plissé dans toute sa circonférence; mais tous ces plis s'effacent ou se réunissent, soit sous l'influence du temps, soit sous la pression exercée par un bandage. Il n'est pas rare de rencontrer un sac herniaire double ou multiloculaire, ayant un seul ou plusieurs orifices dans la cavité abdominale.

Presque tous les viscères contenus dans l'abdomen peuvent se déplacer et pénétrer dans le sac d'une *hernie*; mais les organes qu'on y rencontre le plus souvent sont l'épiploon et l'intestin grêle. Celui-ci se trouve ordinairement derrière l'épiploon, c'est-à-dire que les parties déplacées conservent la position et les rapports qu'elles avaient dans la cavité abdominale. Le volume de la *hernie* est très-variable; si la tumeur n'est pas contenue, elle tend toujours à s'accroître.

Les causes prédisposantes des *hernies* sont toutes celles qui agissent sur les parois du ventre de manière à diminuer leur résistance ou bien à relâcher les liens qui retiennent les viscères dans cette cavité. Parmi les causes déterminantes, on peut placer au premier rang une constitution molle, débile, avec relâchement du tissu fibreux; les coups, les blessures, les cicatrices et les abcès des parois abdominales; une ascite, des grossesses répétées; la faiblesse congénitale des ouvertures naturelles; les efforts violents pour soulever un fardeau, les accès d'asthme, de toux, les efforts longtemps soutenus pour chanter ou pour jouer d'un instrument à vent. Les hommes sont beaucoup plus souvent que les femmes affectés de cette maladie. Les enfants, et surtout les garçons, dans les premiers temps de la vie, sont atteints fréquemment de *hernies*. La classe ouvrière, en raison des travaux qu'elle exécute, y est bien plus exposée que la classe riche. Comme les causes efficientes des *hernies* agissent en même temps sur tous les points des parois abdominales, il n'est pas rare d'observer plusieurs *hernies* sur le même individu.

Voici, d'après Vidal, le mécanisme des *hernies* : « L'abdomen, dit-il, est rempli par les viscères qui, dans les efforts violents, sont pressés de tous côtés par les parois contractiles de la cavité. Les viscères flottants sont entraînés par leur poids vers la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Dans les efforts, le diaphragme les pousse aussi dans cette direction. Or, sur ce point existent les ouvertures inguinale et crurale, qui doivent résister beaucoup moins que les autres points de la paroi du ventre. Le point le moins résistant cède à l'impulsion des viscères; ceux-ci, poussés fréquemment contre l'ouverture abdominale, la dilatent progressivement et s'y engagent, en poussant devant eux le péritoine pariétal. Comme les causes du déplacement existent toujours, les viscères qui le subissent s'engagent toujours de plus en plus. La *hernie*, d'abord cachée dans l'épaisseur des parois abdominales, si elle se fait à travers un canal, se montre bientôt au dehors, et, si l'on ne s'opposait à son développement, elle acquerrait peu à peu un volume énorme. Quelquefois, chez un sujet qui se trouve prédisposé, la *hernie* se produit tout d'un coup dans un violent effort, lorsque la résistance d'un point de la paroi du ventre est vaincue. Enfin, le déplacement peut s'opérer par un autre mécanisme : chez les sujets très-gros, des flocons adipeux se déposent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; peu volumineux d'abord, ils s'engagent dans une ouverture naturelle ou un éraillement de la paroi abdominale; en se développant, ils dilatent l'ouverture, s'épanouissent au dehors, entraînent la portion correspondante du péritoine, qui forme ainsi un sac dans lequel s'engagent les viscères. La *hernie* qui se produit de cette manière est connue sous le nom de *hernie graisseuse*. »

Les *hernies* abdominales se présentent sous la forme d'une tumeur molle, indolente, sans fluctuation et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur grossit et se tend dans la position verticale, ainsi que pendant les efforts de la toux; elle diminue dans la position horizontale. Si, prenant la tumeur à pleine main, on la presse méthodiquement en la repoussant du côté de l'abdomen, on arrive assez facilement à la faire rentrer dans cette cavité; mais, si l'on fait tousser le malade ou qu'on lui fasse prendre la position verticale, elle reparaît immédiatement. Après avoir réduit la *hernie*, c'est-à-dire après l'avoir refoulée dans la cavité abdominale, on peut, en repoussant la peau avec le doigt, faire pénétrer celui-ci à travers l'orifice par lequel l'intestin s'était échappé. Si la *hernie* contient seulement une anse intestinale, on la désigne sous le nom d'*entérocèle*; si c'est l'épiploon seul qui est contenu dans le sac herniaire, la tumeur prend le nom d'*épiplocèle* : enfin, l'entéro-épiplocèle est la *hernie* qui contient à la fois une partie d'intestin et une partie d'épiploon. Ces trois variétés de *hernies* sont caractérisées principalement par le plus ou moins de consistance du contenu de la tumeur.

La *hernie* simple et réductible n'entraîne aucun danger; mais, si on néglige de la traiter, elle ne tarde pas à amener des dérangements fonctionnels; elle peut même s'engouer, s'étrangler et devenir mortelle. Le moyen de prévenir ces désordres, c'est de contenir la *hernie*, d'oblitérer le sac et les orifices par lesquels se sont échappés les viscères. Mais il est quelquefois très-difficile et même impossible de remplir ces indications, soit à cause de l'augmentation de volume des parties déplacées, soit à cause de leur dégénérescence ou des adhérences qu'elles ont contractées avec la paroi interne du sac. Quoi qu'il en soit, on doit toujours essayer la réduction par un traitement interne et par l'application d'un bandage. Celui-ci devra être modifié selon la forme de la *hernie*, c'est-à-dire qu'il sera à pelote concave, ou à cuiller, ou à raquette, sans presser d'abord énergiquement, afin de ne pas déterminer une inflammation. (V. BRAYER et BANDAGE.) Ce n'est que peu à peu et progressivement qu'on arrivera à employer le brayer ordinaire. Il arrive assez souvent que, sous l'influence d'une cause extérieure, le sac herniaire ou les parties qui y sont contenues deviennent le siége d'une inflammation. Quand celle-ci est légère, elle peut passer inaperçue, quoiqu'elle entraîne toujours des adhérences; mais, si elle est intense, elle peut développer des accidents très-graves, tels que l'étranglement de la *hernie* et les désordres consécutifs. On doit combattre l'inflammation par les saignées générales et locales, par l'application continue de la glace, par les frictions avec l'onguent napolitain à haute dose, et enfin, quand les symptômes inflammatoires ont diminué, il faut chercher à réduire la *hernie* par le taxis.

L'engouement est un accident qui survient fréquemment dans les *hernies* intestinales; il consiste dans l'accumulation et la stase des matières alimentaires ou stercorales dans l'anse intestinale déplacée. Ce phénomène peut être encore produit par une accumulation de gaz ou de corps étrangers réfractaires à l'action des sucs digestifs; c'est ainsi qu'on rencontre quelquefois dans les vieilles *hernies* un amas de noyaux de cerises, un peloton d'ascarides lombricoïdes, des matières stercorales durcies, des corps durs qui ont été autrefois avalés par les individus. La tumeur d'une *hernie* engouée présente au toucher des symptômes qui varient selon que le contenu est gazeux, liquide ou solide. Mais, quel que soit le corps qui constitue l'engouement, les selles sont supprimées, le ventre se ballonne, sans être douloureux à la pression; il survient des coliques, des nausées et des vomissements. Ceux-ci sont formés d'abord de substances alimentaires et bilieuses, puis de matières stercorales. L'engouement simple est, en général, peu dangereux par lui-même; il se termine, au bout de quelques jours, par d'abondantes évacuations; mais il arrive fréquemment que, s'il n'est pas immédiatement combattu, il amène l'étranglement de la *hernie*; une opération devient alors urgente. La première indication à remplir dans l'engouement d'une *hernie* consiste à faire coucher le malade et à pratiquer le taxis pour essayer la réduction. Si celle-ci est impossible, il faut chercher à exciter la contraction du tube digestif par des lavements irritants ou des purgatifs salins. Les lavements les plus préconisés sont ceux d'eau de savon ou de tabac; celui-ci est administré en infusion, à la dose de 4 grammes. A ces premiers moyens, on ajoute des applications astringentes sur la tumeur, telles que le vin rouge, la solution d'alun, les affusions d'eau froide, la neige ou la glace, et si, malgré tout cela, on ne peut obtenir la réduction, il faut avoir recours à une opération chirurgicale, comme pour le cas d'étranglement.

L'étranglement consiste en une compression exercée sur les parties herniées, compression qui a lieu ordinairement sur le collet du sac et qui empêche la réduction comme le ferait une ligature. L'étranglement est produit par un rétrécissement circulaire du sac, par une déchirure de cette enveloppe, du mésentère ou de l'épiploon, par une compression qu'exercent les unes sur les autres, dans la cavité du sac, les parties déplacées en plus grande quantité que de coutume. Dès que l'étranglement s'opère, la circulation des capillaires veineux est arrêtée, et la stase du sang donne à l'intestin hernié une coloration chocolat foncé; en même temps, un épanchement de sérosité se fait dans l'intérieur du sac. Bientôt après, une inflammation franche se déclare, le sang arrive en plus grande quantité par le système artériel, et le système veineux ne se dégorge pas; l'intestin devient brun noirâtre, le sang s'épanche dans le sac herniaire, il se forme une exsudation plastique brunâtre qui se dépose sur les parois de la poche et des parties déplacées; l'inflammation s'étend et gagne peu à peu les parties voisines. L'intestin prend alors une teinte tout à fait noire; quelquefois il est parsemé de plaques verdâtres, ardoisées ou cendrées; enfin, il est bientôt frappé de gangrène, et le sac lui-même ne tarde pas à participer à cette dégénérescence. Ce dernier contient alors des matières noirâtres, sanguinolentes et fétides. La peau, d'abord rouge, se gangrène bientôt dans un ou plusieurs points. L'intestin gangrené peut s'ouvrir dans le sac herniaire et donner lieu à un abcès, ou bien encore, si la solution de continuité se fait du côté de la cavité abdominale, il peut laisser échapper les matières stercorales dans le ventre et produire ainsi une péritonite promptement mortelle. Les symptômes de l'étranglement sont faciles à saisir : la tumeur se tend, devient irréductible, dure et douloureuse; bientôt surviennent des éructations, des nausées, des vomissements d'abord composés de matières alimentaires, puis stercorales; il existe une constipation complète; le ventre se ballonne et les malades éprouvent un malaise général avec des douleurs abdominales plus ou moins vagues. Bientôt ces douleurs se concentrent en un point fixe voisin de l'étranglement; les vomissements redoublent, le pouls devient fréquent et petit, les traits du visage sont profondément altérés. L'apparition du hoquet annonce le développement de la gangrène. « Le pouls, dit Vidal, devient filiforme, intermittent; la température de la peau s'abaisse au-dessous de l'état normal, il survient une sueur froide; la voix s'éteint, les traits se dépriment, les yeux perdent leur éclat. Bientôt la tumeur prend une teinte pourpre, puis livide, devient crépitante; la peau n'est plus mobile sur les autres enveloppes de la hernie; il s'y forme des phlyctènes, des escarres plus ou moins larges. Dans cet état, qui est des plus graves, le malade souffre beaucoup moins et croit toucher à la guérison; sa *hernie* rentre quelquefois, soit spontanément, soit sous une pression légère, et cette réduction, qui est pour le malade un nouveau motif d'espérance, est en réalité une cause assurée de mort. » Cette terminaison fatale n'est pas absolument inévitable. Dans quelques cas, les symptômes d'étranglement cessent, la *hernie* se transforme en un abcès gangréneux dont les parois deviennent de plus en plus emphysémateuses, et à l'ouverture duquel il s'échappe, avec du pus, beaucoup de gaz et de matières stercorales liquides. Ces parties sont le siége d'un travail d'élimination qui détache les escarres cutanées, le sac, l'intestin et l'épiploon sphacélés. Peu à peu la surface de la plaie se déterge, elle devient vermeille, sécrète un pus de bonne qualité, les matières stercorales reprennent leur cours naturel, et il ne reste plus qu'une plaie dont la guérison ne se fait pas longtemps attendre. D'autres fois, il reste une fistule stercorale ou un anus contre nature.

Le premier moyen à employer dans la *hernie* étranglée, c'est le taxis; il doit être pratiqué lentement, sans violence, par une pression égale et longtemps soutenue. Malgré ces précautions, on ne réussit pas toujours à faire rentrer l'intestin hernié. Il faut alors, avant d'entreprendre une opération chirurgicale, recourir à des adjuvants qui peuvent amener la réduction. Il faut surtout éviter, dans le taxis, les manœuvres violentes qui torturent les malades et qui peuvent entraîner la rupture de l'intestin. Quelques chirurgiens ont imaginé de placer sur la *hernie* des corps pesants, tels qu'un fer à repasser, un fragment de plomb, une vessie pleine de mercure, un bandage compressif. Tous ces moyens sont utiles; mais ils le sont moins que les moyens médicinaux, comme une large saignée du bras, un bain chaud général, les fomentations, les cataplasmes, les préparations belladonées et opiacées, les lavements de tabac, les applications de glace, de neige ou de mélanges réfrigérants dans une vessie. Ces moyens suffisent bien souvent pour faire rentrer une *hernie*; mais on n'a pas toujours le temps de les employer. Lorsque l'étranglement est violent, la tumeur douloureuse, la fièvre intense, l'inflammation déclarée, et que les vomissements sont fréquents, il faut immédiatement ouvrir la tumeur et aller à la recherche de la cause de l'étranglement.

La cure palliative de la *hernie* s'obtient par la réduction des parties herniées et par l'application d'un bandage. On fait rentrer la *hernie* par le taxis, et l'on pose ensuite le bandage pour la maintenir. Ce dernier doit être fixe, immobile, sans gêner les mouvements du corps. Il faut qu'il exerce une pression suffisante pour empêcher l'intestin de ressortir; mais il ne doit pas comprimer la peau assez fortement pour la contondre et l'excorier. Enfin, il est des bandages pour toutes les époques de la vie et pour chaque espèce de *hernie*; il faudra donc le choisir avec beaucoup de soin pour qu'il remplisse exactement toutes les indications. Ce bandage, longtemps maintenu sans interruption, peut amener dans certains cas une guérison définitive.

La cure radicale des *hernies* demande une foule de conditions qui sont très-difficiles et presque impossibles à obtenir quand l'intestin est sorti depuis longtemps de la cavité abdominale. Ainsi, il faut que le sac soit détruit ou ne soit plus en communication avec la cavité abdominale; que l'ouverture qui livre passage à la *hernie* se resserre et reprenne ses dimensions normales. Il faudrait rétablir les liens qui retenaient dans l'abdomen les parties herniées; rendre parfois celles-ci moins lourdes et moins mobiles. Enfin, il est des cas où la capacité même de l'abdomen devrait être augmentée lorsqu'il s'est rétréci par le seul fait de l'absence de certaines parties. Les moyens employés pour obtenir ces résultats sont très-nombreux, mais généralement peu efficaces. Les principaux sont : la position horizontale longtemps conservée; Ravin porte à deux mois la durée de ce traitement; il ne peut guère réussir que chez les jeunes sujets et dans les *hernies* récentes. La compression par les bandages, moyen palliatif, peut amener une guérison radicale, lorsqu'elle est continuée un ou deux ans sans jamais laisser ressortir la *hernie*; si celle-ci sort une seule fois pendant le traitement, tout est à recommencer, dit Cooper. La cautérisation par les caustiques, l'incision et l'excision du sac, la ligature, l'acupuncture, l'enroulement du sac, l'application de corps étrangers pour opérer l'inflammation, l'injection iodée préconisée par Velpeau, les scarifications, sont autant de moyens chirurgicaux plus ou moins dangereux et auxquels on ne doit recourir qu'en dernier lieu.

Le siége des *hernies* abdominales est loin d'être constamment le même; une *hernie* peut se produire sur une partie quelconque de la paroi de l'abdomen; toutefois, la partie ombilicale est le plus souvent affectée. En outre, il existe quelques autres siéges d'élection qui donnent lieu à des espèces particulières. Nous distinguerons : les *hernies* ombilicales, les *hernies* crurales, les *hernies* inguinales, les *hernies* épigastriques, les *hernies* diaphragmatiques, les *hernies* du rectum, que nous allons étudier successivement.

1° *Hernie ombilicale* ou *exomphale* ou *omphalocèle*. Cette *hernie* peut être congénitale. Ses causes sont alors très-obscures; les uns les rapportent à un arrêt de développement du fœtus, les autres à une maladie qui envahit l'embryon dans le sein de sa mère. Quoi qu'il en soit, l'intestin, au lieu de prendre place dans la cavité abdominale, reste au dehors, et l'enfant, à sa naissance, présente au niveau de l'ombilic une tumeur plus ou moins considérable qui constitue l'exomphale. Cette tumeur offre ordinairement une forme conique à base dirigée du côté de l'abdomen. Son volume, qui se réduit parfois à celui d'une noisette, peut dépasser celui du poing. Le contenu est une ou plusieurs anses intestinales; dans quelques cas, on y trouve tout le paquet des intestins. Le sac est formé comme par un second péritoine, ou bien par un immense diverticulum du péritoine normal. La veine et les artères ombilicales se trouvent en dehors de cette séreuse, la première en haut, les autres en bas ou latéralement. L'enveloppe externe de la *hernie* est formée par la peau du ventre et par la membrane qui revêt le cordon ombilical. Le diagnostic de cette *hernie* n'offre aucune difficulté quand la tumeur est volumineuse, et même lorsqu'elle présente un petit volume, si c'est un médecin qui l'examine; mais on a souvent vu des accoucheuses ignorantes comprendre la *hernie* dans la ligature du cordon; d'où coliques, nausées, vomissements, jusqu'à ce que la chute du fil ait rendu aux matières stercorales un libre passage et fait disparaître l'état d'irritation du canal intestinal; mais alors il s'est formé un anus contre nature qui se transforme en une fistule stercorale par laquelle s'échappent des gaz, des humeurs muqueuses et bilieuses, et même des matières fécales. On guérit généralement ces fistules par la cautérisation; mais il en est qui résistent longtemps, et d'autres qui récidivent plusieurs fois. Le pronostic de l'exomphale congénitale est toujours grave. Toutefois, quand la tumeur est très-petite et que la ligature du cordon est faite méthodiquement, on peut espérer la guérison après la réduction de la *hernie*; quel que soit le volume de la *hernie*, quel que soit le danger qui menace le nouveau-né, on doit toujours essayer la réduction par l'application d'un bandage approprié. On a, par ce moyen, obtenu quelquefois la guérison des cas les plus désespérés.

La *hernie* est très-fréquente chez les jeunes enfants. La cause la plus favorable, d'après Sabatier, à la production de cette *hernie*, est la position horizontale que gardent les jeunes enfants pendant les efforts d'inspiration et d'expiration auxquels ils se livrent par leurs cris. On accuse encore la mauvaise habitude qu'ont les nourrices de les coucher horizontalement sur le ventre et de les agiter, pour faire cesser leurs vagissements. Une cause non moins puissante est l'application des bandages que les nourrices placent si irrégulièrement sur le ventre des enfants pour le pansement de l'ombilic. Ces bandages, qui, quand ils portent bien sur le point central de l'abdomen, peuvent être un moyen préservatif, deviennent, au contraire, une cause très-efficace de

hernie, quand ils portent sur les parties latérales. La *hernie* ombilicale des enfants peut se produire à n'importe quelle époque après la naissance; mais, comme le travail ulcératif qui a pour but l'oblitération de l'anneau ombilical ne se termine que vers la fin du quatrième mois, c'est pendant les quatre premiers mois de leur existence que les enfants sont le plus exposés à ces sortes de *hernies*. Si l'oblitération se fait incomplétement, il restera toute la vie une prédisposition à l'omphalocèle, et celle-ci apparaîtra à la première impression d'une cause déterminante. L'intestin grêle et le côlon transverse sont les viscères contenus le plus ordinairement dans la *hernie* ombilicale du jeune âge. Le pronostic de ces *hernies* n'est pas grave; on les guérit à peu près toutes à l'aide d'un bandage, et on en a vu, dans plusieurs cas, guérir spontanément. Cependant on ne doit jamais les négliger. La première indication à remplir, c'est de réduire la *hernie*. Cette manœuvre est généralement facile, à moins que le foie ne se trouve dans le sac hernié. Le taxis devient alors pénible, difficile et même impossible. Une fois la tumeur réduite, on procède à la compression ou à la destruction du sac. Le premier moyen est toujours préférable quand il peut suffire, ce qui arrive dans la plupart des cas. Quant à la destruction de la poche de la *hernie*, on l'opère ordinairement par la ligature; mais, outre les souffrances qu'il occasionne, ce mode de traitement a paru insuffisant à la plupart des chirurgiens. Aussi doit-on toujours lui préférer l'application des bandages.

On a longtemps discuté le siége précis de la *hernie* ombilicale chez les adultes; mais, depuis les recherches anatomiques de M. Richet, la question est tout à fait résolue. L'intestin suit le trajet de la veine ombilicale, jusqu'au niveau de l'ombilic. Là, à la partie supérieure de la circonférence de l'anneau ombilical, la veine se trouvant peu ou point adhérente avec le pourtour fibreux de cet orifice, l'intestin, en vertu de son propre poids, triomphe de la faible résistance que lui oppose en ce point un léger bouchon de tissu adipeux, et vient faire saillie au dehors sous l'enveloppe cutanée. Dès lors, la *hernie* se trouve formée. Son volume est quelquefois tellement petit qu'elle est imperceptible. D'autres fois, au contraire, elle acquiert un volume tel qu'elle descend jusqu'au niveau des cuisses. Ce qui différencie la *hernie* de l'adulte de celle des deux premiers âges, c'est la présence de l'épiploon dans la tumeur. Cet organe est ordinairement le premier qui se déplace, et le premier qu'on trouve à l'ouverture du sac de la *hernie*. Quelquefois, au lieu de former un voile au-devant des viscères, il s'enroule sur lui-même, ou bien encore il présente des éraillures à travers lesquelles l'intestin s'engage et s'étrangle parfois. Les organes contenus dans la tumeur sont le plus souvent l'intestin grêle et le côlon transverse; mais on peut y rencontrer le duodénum, le côlon lombaire, l'estomac et le foie. Dans ces cas, la cavité de la *hernie* a remplacé la cavité abdominale, et presque tous les viscères ont été déplacés. Ici, les choses ne se passent pas comme dans les autres *hernies* : le péritoine adhère plus ou moins aux bords de la gouttière ombilicale; toute locomotion, tout glissement lui est difficile, et la formation du sac n'est plus guère possible que par distension; d'où son extrême ténuité, et la difficulté qu'ont eue à le reconnaître ceux qui n'étaient point prévenus. Au point de vue symptomatique, la *hernie* ombilicale ressemble aux autres *hernies*. Mais les lésions des fonctions digestives, même quand la tumeur peut facilement rentrer et sortir, sont plus marquées; ainsi les tiraillements d'estomac, les coliques, les borborygmes, les diarrhées, les éructations, les vomissements s'observent beaucoup plus fréquemment ici que dans les *hernies* inguinales et crurales. C'est ici encore que les aliments dits venteux, lourds à l'estomac, ont une influence très-réelle, beaucoup plus directe sur les incommodités inhérentes à cette *hernie* et sur la production des accidents dont elle peut être le point de départ. Les graves et fréquentes complications de la *hernie* ombilicale, le danger des opérations que l'on est obligé de pratiquer pour combattre les accidents, les difficultés, et presque les impossibilités d'une cure radicale, les difficultés extrêmes qu'on a quelquefois à contenir la tumeur, tout cela constitue un pronostic fâcheux, et, en supposant même l'absence des accidents les plus directement compromettants pour la vie, il y a assez de troubles dans les digestions pour abréger les jours du malade, surtout quand la tumeur est un peu volumineuse. Cependant, on a vu des adultes guérir à l'aide d'un bandage seulement.

Le traitement consiste dans la réduction d'abord, et puis dans la contention de la tumeur. La réduction par le taxis est quelquefois très-difficile; il faut assez souvent recourir au débridement. La contention s'exerce au moyen d'une ceinture rembourrée, molle et sans ressort, qui fixe sur l'anneau ombilical une pelote ronde, dont le centre est un peu plus saillant que la périphérie. On préfère généralement aux ceintures en cuir les ceintures en caoutchouc vulcanisé, qui se prêtent mieux au développement et à l'affaissement du ventre, en même temps qu'elles exercent une pression constante sur l'anneau ombilical.

2º *Hernie crurale*. La *hernie* crurale ou mérocèle est ordinairement formée par une anse de l'intestin grêle et par l'épiploon, qui s'échappent à travers l'anneau crural. Ces organes, en sortant de la cavité abdominale, poussent au-devant d'eux le septum crural qui leur sert d'enveloppe; puis ils traversent le fascia cribriforme et vont constituer au pli de l'aine une tumeur arrondie, dirigée un peu en dedans.

Cette espèce de *hernie* est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme, et d'autant plus fréquente que les femmes sont plus avancées en âge. « La *hernie* crurale, dit Vidal, forme, un peu en dedans du pli de l'aine, une tumeur globuleuse ou ovoïde et un peu oblique dans le sens de ce pli, recouvrant ordinairement la partie moyenne du ligament de Fallope. Cette tumeur est moins bien circonscrite chez l'homme que chez la femme, à cause de la densité plus considérable que présente chez le premier le tissu cellulaire. Quand la *hernie* crurale commence à se former, et avant qu'elle ait traversé le fascia cribriforme, le diagnostic en est difficile; elle est souvent méconnue. Si l'on soupçonne l'existence d'une pareille *hernie*, il faut examiner attentivement la région crurale. La tête et la poitrine du sujet affecté étant soulevées par des oreillers, les membres abdominaux, placés dans un état de demi-flexion et d'adduction, l'index, appliqué sur l'ouverture crurale, peut percevoir le choc des viscères pendant les efforts de la toux; mais souvent, alors, les signes positifs manquent, et il n'existe d'autres symptômes locaux qu'un gonflement général de l'aine, une douleur profonde, qui se propage de cette région au ventre et à l'estomac, et quelquefois des nausées. Dans la gaîne des vaisseaux existe un ganglion lymphatique qui, soulevé par la *hernie*, fait une saillie anomale, et est très-douloureux à la moindre pression. La douleur devient vive quand la cuisse est dans l'extension, parce qu'alors les fascia tendus compriment la *hernie;* aussi le malade fléchit-il la cuisse instinctivement, pour calmer la douleur. La compression exercée par la *hernie* sur les veines crurale et saphène interne, ainsi que sur les vaisseaux lymphatiques, peut, chez les sujets âgés, donner lieu à l'œdème du membre inférieur correspondant. La *hernie* crurale n'atteint pas, en général, un grand volume; elle disparaît souvent pendant la grossesse, parce que l'intestin est retiré du sac et repoussé dans la partie supérieure du ventre par la distension de l'utérus.

La *hernie* crurale doit être promptement réduite, car elle est plus susceptible que toute autre d'étranglement, et cet étranglement est presque toujours produit par la lame du fascia cribriforme. Pour opérer la réduction de la *hernie* crurale, on fait coucher le malade sur le dos, de manière à relever par des coussins la tête et la partie supérieure du tronc. En même temps, on fait tenir les genoux rapprochés et les cuisses pliées à angle droit : les parties fibreuses qui constituent l'anneau crural sont ainsi distendues et dans le relâchement. On saisit ensuite la *hernie* à pleine main, on la comprime un peu de haut en bas, puis on la pousse d'avant en arrière et de dedans en dehors, dans la direction du canal crural. Dès que l'intestin est rentré dans le ventre, il faut immédiatement appliquer, pour le maintenir, un bandage compressif. La pelote du bandage doit être inclinée en bas et disposée de telle façon qu'elle presse d'avant en arrière, de bas en haut et de dedans en dehors. La compression amène rarement la guérison définitive de la *hernie* crurale; pour qu'elle obtînt ce résultat, il faudrait qu'elle fût permanente et soutenue pendant plusieurs années. Lorsque la *hernie* crurale vient à s'étrangler, il faut aussitôt recourir à la kélotomie. Si la tumeur est peu volumineuse, on peut se contenter d'une simple incision longitudinale; dans le cas contraire, l'incision doit être cruciale ou en ⊥ renversé. Le chirurgien doit agir avec beaucoup de prudence, pour ne point léser l'intestin. Dès que celui-ci est découvert, l'opérateur introduit l'index de la main gauche dans l'anneau crural qui constitue l'étranglement, et, après avoir glissé lentement, sur la pulpe du doigt indicateur, un bistouri boutonné, il pratique le débridement simple ou multiple dans la demi-circonférence supérieure de l'anneau.

3º *Hernie inguinale*. Cette *hernie* peut être oblique externe, directe ou oblique interne, selon qu'elle pénètre dans le canal inguinal par la fossette externe, la fossette moyenne ou la fossette interne. On observe encore une quatrième variété, c'est la *hernie* interstitielle. La *hernie* oblique externe forme une tumeur allongée, piriforme, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; son sac, situé au-devant et un peu en dehors du cordon, est recouvert par l'enveloppe toujours très-mince et celluleuse que fournit au cordon le fascia transversalis; par la tunique érythroïde, qui ne revêt le sac qu'en avant et sur les côtés, et seulement depuis la partie inférieure du canal inguinal; par la tunique fibro-celluleuse qui, du pourtour de l'anneau externe, descend sur le cordon spermatique. Ces enveloppes du cordon, minces et faibles quand il n'existe pas de *hernie* ou quand la *hernie* est récente, sont épaisses et denses dans les cas de *hernies* anciennes et volumineuses. La *hernie* inguinale peut être congénitale ou accidentelle. Ces deux *hernies* diffèrent l'une de l'autre, en ce que la première pénètre directement dans la tunique vaginale, qui n'a pas encore, depuis la descente du testicule, cessé de communiquer avec la cavité de l'abdomen, tandis que la seconde, se formant après l'oblitération de l'anneau inguinal, pousse au-devant d'elle la membrane péritonéale qui lui forme, pour ainsi dire, un deuxième sac. La *hernie* inguinale oblique, qu'elle soit ou non congénitale, est toujours en rapport, par les côtes inférieur et interne de son collet, avec l'artère épigastrique et les deux veines qui l'accompagnent; elle sort de l'abdomen par la fossette inguinale externe. Le faisceau vasculaire et nerveux qui forme le cordon spermatique est ordinairement situé au-dessous des organes déplacés dans le canal inguinal, et se trouve à leur partie interne postérieure quand ils ont franchi le canal. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; car, quelquefois, le sac se glisse entre les éléments du cordon, qui sont alors dissociés, étalés, épanouis de diverses manières autour de cette poche. La *hernie* inguinale directe sort de la cavité abdominale par la fossette inguinale moyenne et arrive au dehors en suivant un trajet presque direct. Au lieu d'être cylindrique, comme la *hernie* oblique, elle se présente sous forme de tumeur globuleuse et conique. Le cordon spermatique est situé à sa partie postérieure et externe, tandis qu'il occupe le côté interne dans la *hernie* oblique. Enfin, les vaisseaux épigastriques sont situés à la partie externe de son collet. La *hernie* oblique interne, ainsi désignée par Velpeau, sort de l'abdomen par une perforation que présente le fascia transversalis, entre le bord externe du muscle droit et le cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale, ce qui constitue la fossette interne. La *hernie* inguinale oblique interne a les mêmes enveloppes que la *hernie* directe, dont elle diffère par la direction qu'elle suit pour se porter au dehors, et par les rapports de son collet avec les vaisseaux épigastriques. Tandis que la *hernie* directe suit un trajet direct d'arrière en avant, ou même un peu oblique en dedans, la perforation du fascia transversalis se trouvant un peu en dehors de l'anneau du grand oblique, la *hernie* interne se porte ordinairement un peu en dehors, pour arriver vers ce même anneau. Quant aux rapports du pédicule de cette *hernie*, les vaisseaux épigastriques sont à son côté externe; mais, tandis qu'ils sont très-près du pédicule de la *hernie* directe, ils sont séparés de celui de la *hernie* interne par toute la largeur de la fossette inguinale moyenne, c'est-à-dire par un intervalle de 0m,02 au moins. La *hernie* inguinale interstitielle se développe dans les interstices des parois abdominales, après s'être engagée par l'orifice supérieur du canal inguinal. Quand elle est petite, sa forme diffère suivant qu'elle est oblique ou directe. Dans le premier cas, elle est allongée selon la direction du canal inguinal; dans le second, elle forme une ampoule sphéroïde; mais, en se développant, elle prend toujours la forme d'un ovoïde aplati d'avant en arrière, dont le grand diamètre a la direction du canal inguinal, et s'étend quelquefois des environs de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'anneau du grand oblique. Le même individu peut être affecté de plusieurs *hernies* inguinales à la fois, soit des deux côtés, soit même d'un seul. Cooper a observé chez un sujet six *hernies* inguinales, trois de chaque côté. Le volume de la *hernie* inguinale est, en général, peu considérable; cependant Cooper en a rencontré une de 22 pouces de longueur sur 32 de circonférence; elle descendait jusqu'au genou. On peut établir, en règle générale, que ces *hernies* sont d'autant plus volumineuses qu'elles sont plus anciennes. Ce sont les plus communes de toutes; on les rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, et plus fréquemment à droite qu'à gauche. La *hernie* inguinale, quand elle est tout à fait descendue dans les bourses, pourrait être confondue avec une hydrocèle; mais un examen sérieux empêchera cette confusion.

La *hernie* inguinale doit être réduite le plus tôt possible. L'étranglement de la *hernie* inguinale est rarement produit par l'anneau externe; c'est le plus souvent au niveau de l'anneau interne qu'il a lieu, et il est formé par l'anneau lui-même ou par le collet du sac.

4º *Hernie épigastrique*. Cette *hernie* se forme dans l'épigastre, c'est-à-dire dans la partie comprise entre le rebord des fausses côtes à droite et à gauche, et une ligne demi-circulaire qui passerait à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Garengeot, Pipelet, Chopart, Léveillé avaient soutenu que l'estomac ne fait jamais partie de ces sortes de *hernies;* mais il a été démontré que cette opinion est erronée, quoique, à la vérité, cet organe se trouve rarement dans l'intérieur des *hernies* épigastriques; elles sont formées le plus souvent par le côlon transverse. La tumeur formée par une *hernie* épigastrique est ordinairement très-petite, si bien qu'elle passe souvent inaperçue. Son volume, qui ne dépasse guère celui d'une olive, peut cependant atteindre celui de la tête d'un enfant. Elle est large à sa base, rétrécie à son sommet. On la réduit facilement, mais le moindre effort la fait ressortir; elle est ordinairement accompagnée de troubles digestifs qu'on attribue souvent à une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Ces *hernies* reconnaissent presque toujours pour cause un vice de conformation de la paroi antérieure de l'abdomen, et, d'après Malgaigne, elles sont fréquemment accompagnées d'autres *hernies*. La compression continue par un bandage approprié est la seule thérapeutique à opposer aux *hernies* épigastriques; si cependant elles venaient à s'étrangler, il faudrait se hâter de les débrider pour les réduire.

5º *Hernie diaphragmatique*. Les viscères abdominaux peuvent faire *hernie* dans la poitrine par l'ouverture œsophagienne ou par l'intervalle triangulaire que les faisceaux charnus du diaphragme laissent entre eux derrière l'appendice xiphoïde. Cependant, presque toutes les observations se rapportent à des *hernies* qui se sont produites en traversant le côté gauche du diaphragme. Pour que les viscères puissent passer à travers le côté droit du diaphragme, il faut qu'il existe dans cette partie du muscle une très-large déchirure. Si cette ouverture n'avait que des dimensions médiocres, le foie s'opposerait à la formation de la *hernie*. La *hernie* peut se faire à l'occasion d'une plaie, d'un éraillement plus ou moins large des faisceaux du diaphragme ou d'une ouverture anomale congénitale dont les dimensions varieront également. Les viscères déplacés peuvent se trouver à nu dans la cavité thoracique gauche ou y être enveloppés d'un sac formé d'un ou de plusieurs feuillets, suivant que le péritoine et la plèvre diaphragmatique et le diaphragme lui-même seront perforés ou seulement allongés et distendus. Le plus souvent, les viscères herniés sont à nu dans la cavité pleurale. Si la *hernie* est volumineuse, elle déplacera les viscères thoraciques : le poumon sera refoulé en haut, le cœur sera dévié à droite. Les organes qui forment le plus souvent la *hernie* diaphragmatique sont l'estomac, l'arc du côlon et le grand épiploon. Elle occasionne des douleurs épigastriques, des digestions pénibles, des coliques fréquentes et une oppression habituelle, qui augmente au moindre exercice. Dans bien des cas, le cœur bat à droite, et la respiration ne s'étend pas dans la partie de la cavité thoracique qui est occupée par la *hernie*, quoique souvent la percussion y fasse entendre un son très-clair. Si la *hernie* contient une partie de l'estomac, le poids des aliments pourra opérer la réduction de ce viscère, et, dans ce cas, le malade se trouvera beaucoup mieux après ses repas. Il n'y a pas d'autre traitement à opposer à cette *hernie* qu'un régime doux et le repos.

6º *Hernie recto-vaginale*. Cette *hernie* a lieu à travers la paroi postérieure du vagin, et l'on voit sa partie inférieure venir faire saillie à la vulve. Elle se développe le plus souvent pendant le travail de l'accouchement, car elle a pour cause l'éraillement et la déchirure incomplète des fibres musculaires qui sont placées dans l'épaisseur du périnée, premier degré d'un accident grave de l'accouchement, qui a été décrit sous le nom de perforation centrale du périnée. D'autres causes cependant, telles que la constipation opiniâtre, les pertes blanches vaginales, un effort, la station prolongée, des coups, des chutes sur le périnée, etc., peuvent agir d'une manière indirecte sur la production de cette *hernie*. Une tumeur vient saillir à la partie postérieure de la vulve au moindre effort que fait la femme, tumeur formée par la muqueuse vaginale soulevée, et variant de grosseur depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un gros œuf. Cette tumeur est ordinairement vide, et l'on peut y faire pénétrer le doigt préalablement introduit dans le rectum. Tels sont les signes pathognomoniques du rectocèle vaginal. Il faut ajouter la sensation d'un poids sur le fondement, une constipation plus ou moins opiniâtre, et enfin des coliques et des tiraillements d'estomac. Cette maladie pourrait être confondue avec la chute de la muqueuse du vagin, qui l'accompagne souvent, avec un abcès ou avec un kyste développé dans la cloison recto-vaginale, ou enfin avec une *hernie* intestinale qui aurait glissé entre le rectum et le vagin; mais l'introduction du doigt dans le rectum et la possibilité d'arriver avec ce doigt recourbé jusque dans le sommet de la tumeur saillante à la vulve lèveront tous les doutes. Cette maladie est souvent compliquée de cystocèle vaginale ou de chute de l'utérus, et même de ces deux affections à la fois. Une *hernie* recto-vaginale récente, survenue à la suite d'un accouchement, guérit spontanément par le seul repos au lit, dans l'espace de huit jours. Contre la maladie ancienne on a tour à tour employé les injections astringentes, les pessaires en bondon ou en sablier, et jusqu'à présent on n'a obtenu, à l'aide de ces moyens, qu'une cure palliative. Pourrait-on, dans le but d'arriver à une guérison radicale, avoir recours à des opérations chirurgicales, qui consisteraient dans l'excision de quelques parties de la muqueuse vaginale, ou dans l'application de quelques raies de feu sur la tumeur? Nous hésiterions à recommander de pareilles opérations, qui pourraient bien être suivies de l'établissement de fistules difficiles à guérir.

— *Hernie de l'utérus*. La *hernie* de l'utérus est très-rare, à moins qu'on ne confonde avec une véritable *hernie* ces écartements des muscles droits de l'abdomen, qui laissent tomber en avant l'utérus distendu par le produit de la conception. Ici l'utérus change de position, parce qu'il n'est plus soutenu par la ligne blanche, éraillée ou excessivement distendue par des grossesses nombreuses. Dans la véritable *hernie* de l'utérus, celui-ci sort par un anneau normal ou un des conduits qui traversent une partie de l'enceinte abdominale. Tant que l'utérus reste vide, il est impossible de constater sa présence dans la *hernie;* ce n'est que lorsque la femme affectée d'une pareille *hernie* devient enceinte, que la présence de l'utérus dans la tumeur se manifeste d'une manière très-évidente. La tumeur acquiert alors un volume si considérable, que les malades sont obligées de la soutenir à l'aide de larges suspensoirs prenant un point d'appui sur les épaules, et les mouvements du fœtus s'y font encore plus facilement entendre que dans la grossesse ordinaire. Le traitement de cette *hernie* est simple. Ordinairement la réduction est impossible et on se contente de soutenir l'utérus avec un suspensoir jusqu'au terme de la grossesse. Lorsque celui-ci arrive, si l'on a affaire à une de ces éventrations qui sont le résultat de la distension excessive de la ligne blanche et de l'écartement des muscles droits pendant l'accouchement, on fait coucher la femme horizontalement sur le dos et on repousse doucement l'utérus en haut et en arrière, pour en diminuer l'obliquité. L'accouchement, dans ce cas, se termine souvent d'une manière naturelle; mais il est évident que, si l'utérus était sorti par une ouverture circonscrite de la paroi abdominale, on ne devrait ni tenter la réduction de la matrice, qui serait toujours impossible, ni espérer dans les seules forces de la nature, ni essayer de terminer l'accouchement par les voies naturelles; car l'ouverture abdominale ne pourrait guère avoir des dimensions suffisantes pour laisser passer l'enfant. Dans ce cas, si l'on ne pouvait pas réduire l'utérus dans les premiers temps de la grossesse, il serait convenable de déterminer l'avortement en perçant les membranes avant que le fœtus ait acquis des dimensions qui rendraient impossible sa sortie par l'ouverture abdominale. Si on laissait arriver la grossesse à son terme, il n'y aurait d'autre ressource que l'opération césarienne, qu'il faudrait pratiquer dès le début du travail. Cette opération exposerait la mère à de très-grands dangers, mais elle sauverait l'enfant.

— *Hernie de l'ovaire*. Cette *hernie* est peut-être moins rare qu'on ne pense; car elle n'a guère été reconnue que lorsque le bistouri l'a mise à nu par un débridement, et l'organe, très-peu irritable, n'est pas susceptible d'étranglement. A part les influences générales qui préparent et occasionnent la sortie des viscères abdominaux par les fissures de la paroi qui les enveloppe, à part les influences parmi lesquelles l'existence et la persistance du canal de Nuk se range en première ligne, les causes qui suivent ont une portée toute spéciale. Dans l'enfance, le peu de développement du bassin, qui maintient la matrice plus élevée et la met à la hauteur de l'anneau inguinal, la forme allongée, étroite, et la surface lisse des ovaires, leur mobilité, leur situation au-devant du psoas; dans l'âge adulte, les différents déplacements auxquels l'utérus est sujet, surtout l'antéversion, l'obliquité ou l'inclinaison latérale de son fond; enfin les changements qui arrivent aux ovaires aussitôt que la femme devient incapable de perpétuer son espèce, en un mot, leur atrophie sénile, voilà autant de causes prédisposantes de leur *hernie*. Le développement de l'utérus produit par la grossesse, par l'air, par l'eau, des hydatides ou un polype, les squirres de cet organe, ses tumeurs fibreuses, en diminuant la capacité de la cavité abdominale et en changeant les rapports de l'ovaire, peuvent être autant de causes prédisposantes et efficientes de cette *hernie*. L'anneau inguinal est l'orifice privilégié de la *hernie* ovarique. Après le canal inguinal, c'est le canal crural qui livre le plus souvent passage à l'ovaire. L'anneau ombilical ne saurait recevoir l'ovaire tant que le développement de l'utérus n'aura pas élevé cet appendice bien au-dessus du niveau qu'il conserve dans l'état de vacuité du viscère. Pour étudier la *hernie* de l'ovaire sous le point de vue symptomatique, nous la prendrons dans sa plus grande simplicité, quand elle n'est compliquée ni de la présence d'un autre organe dans le sac, ni d'étranglement, ni de dégénérescence.

Quand il n'y a ni complication ni dégénérescence, on ne constate ni dérangement du tube digestif, ni coliques, ni constipation, ni vomissements. Quant à la tumeur, quelle que soit l'ouverture où elle se développe, elle est sans changement de couleur à la peau, circonscrite, du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, rénitente, plus ou moins sensiblement bosselée; elle est toujours le siége d'une douleur plus ou moins vive, surtout à la pression. Il arrive que la tumeur grossit considérablement à l'époque des règles, pour disparaître presque avec elles. En ramenant le museau de tanche du côté de la tumeur herniaire, le fond de l'utérus, par un mouvement de bascule, tend à s'éloigner. Quand l'ovaire occupe un sac qui lui est commun avec la matrice, l'intestin ou l'épiploon, la *hernie* prend des caractères qui en rendent les éléments moins faciles à distinguer. La *hernie* de l'ovaire et les opérations qu'elle nécessite n'ont jamais été suivies de mort. Quelle soit simple ou étranglée, il faudra, dans tous les cas, essayer le taxis comme traitement; irréductible, on la contient avec un brayer approprié; si elle ne rentre pas, et que des symptômes graves se produisent, on les combat par la position, les saignées, les fomentations, les cataplasmes, par les réfrigérants, en un mot par tous les moyens usités contre l'étranglement herniaire à son début, et s'ils sont tous sans succès, il ne reste plus que l'opération.

— *Hernie du vagin*. Le vagin ne paraît pas susceptible de se hernier directement; mais il peut se déplacer et apparaître même au dehors par la pression du rectum ou de la vessie herniés. V. HERNIE RECTO-VAGINALE et HERNIE DE LA VESSIE.

— *Hernie de la vessie*. La *hernie* de la vessie peut avoir pour siége l'anneau inguinal, l'anneau crural, le périnée et la paroi antérieure du vagin. Quel que soit celui de ces différents points qui lui ait livré passage, cet organe, fixé au fond du bassin et caché derrière le pubis, ne se déplace jamais en totalité; il envoie seulement des prolongements à travers l'ouverture qu'il franchit, ce qui suppose, outre la dilatation préalable de celle-ci, un grand accroissement de la capacité de l'organe et un grand relâchement de ses parois, occasionné pour la plupart du temps par des rétentions d'urine, ou tout au moins par l'habitude de ne satisfaire que rarement au besoin de rendre ce liquide. Les caractères de la *hernie* de la vessie, en quelque lieu qu'elle apparaisse, sont de former une tumeur molle, accompagnée d'une fluctuation d'autant plus sensible et acquérant un volume d'autant plus considérable qu'il y a plus de temps que le malade n'a uriné, se réduisant facilement, ou du moins se vidant lorsqu'on la comprime. La réduction est suivie d'un besoin plus ou moins pressant d'uriner et de l'évacuation d'une certaine quantité d'urine, ordinairement plus épaisse et plus consistante que celle que le malade évacue spontanément. Presque toujours aussi, la *hernie* de la vessie est accompagnée de dysurie et de quelques symptômes appartenant à la cystite; dans quelques cas même, il y a rétention complète de l'urine dans la capacité de l'organe. Quand la maladie est ancienne, et que la portion de vessie engagée reste constamment à l'extérieur, il peut s'y former un ou plusieurs calculs vésicaux, dont on constate facilement la présence par le toucher; enfin, il arrive aussi quelquefois que ces sortes de *hernies* sont affectées d'étranglement, ce que l'on reconnaît à la tension de la tumeur, à la rougeur, à la douleur, ainsi qu'aux hoquets, aux vomissements, etc., accompagnés de tous les symptômes de la cystite. La *hernie* de la vessie qui se fait par l'anneau inguinal est la plus commune; la tumeur qu'elle forme, le plus souvent bornée à l'aine, s'étend cependant, dans quelques cas, jusqu'au fond du scrotum; elle peut, surtout dans ce dernier cas, exister conjointement avec une *hernie* intestinale, et elle présente cela de particulier qu'elle est quelquefois la cause et, dans d'autres cas, l'effet de celle-ci.

La *hernie* de la vessie qui se fait par l'anneau crural est très-rare; elle présente les mêmes caractères et est sujette aux mêmes complications que celle qui se fait par l'anneau inguinal.

La *hernie* de la vessie par le périnée est aussi très-rare; elle n'a, jusqu'à présent, été observée que sur deux femmes enceintes, et s'est présentée sous forme d'une tumeur ovoïde, placée sur les côtés de l'anus. Il paraîtrait, d'après ces cas, que cette tumeur se dissipe après l'accouchement, et qu'elle ne se montre de nouveau à l'extérieur qu'à l'occasion de nouvelles grossesses. On n'a eu aussi que peu d'occasions d'observer la *hernie* de la vessie par le vagin. Dans celle-ci, le bas-fond de la vessie déprime la paroi antérieure du vagin et lui fait faire une saillie arrondie, qui vient souvent apparaître à l'extérieur, en dépassant le niveau de l'orifice de la vulve. De toutes les *hernies* de la vessie, c'est celle qui produit les accidents les plus pressants, et ces accidents tiennent à la déviation du canal de l'urètre, qui est entraîné en bas et en avant par le fond de l'organe, et ne peut plus permettre à l'urine de le traverser : de là ordinairement rétention complète d'urine, tension, douleur, augmentation de volume du ventre, l'agitation, l'insomnie et excitation sympathique du cœur et du cerveau. Si l'on place à temps une sonde dans le canal, on vide la vessie de toute l'urine qu'elle contient, et tous les accidents disparaissent aussitôt. La réduction complète par les moyens ordinaires est, en général, très-difficile; mais il est un autre moyen plus efficace de ramener l'organe dans l'intérieur du bassin : ce moyen consiste à tenir la vessie constamment vide, en plaçant dans le canal de l'urètre une sonde à demeure, qui transmet l'urine au dehors, à mesure que les uretères l'apportent dans la vessie, ou en pratiquant le cathétérisme assez souvent pour que jamais le réservoir urinaire ne se trouve distendu par ce liquide. La vessie, délivrée de toute cause de distension, tend incessamment à revenir sur elle-même, et elle ne peut le faire qu'en rappelant des ouvertures qui leur ont livré passage les prolongements qu'elle y a envoyés. Si de semblables *hernies* venaient à s'étrangler, il y a lieu de croire qu'il suffirait, comme a fait Durand, de vider la tumeur par la ponction faite à l'aide d'un trocart, pour faire cesser tous les accidents. Si enfin on y sentait des calculs, il vaudrait beaucoup mieux inciser la tumeur pour les extraire, que de les repousser dans la cavité principale de la vessie, où l'on ne pourrait ensuite les attaquer que par des procédés moins sûrs et plus dangereux.

— *Hernie du poumon*. La *hernie* du poumon est très-rare. Pour qu'elle se produise, il faut que les parois de la poitrine aient éprouvé une perte de substance, une plaie assez étendue, pour que la réunion n'ait pas pu s'opérer rapidement dans toute l'épaisseur de ses bords; dans ces cas, la cicatrice est mince et large, et elle cède facilement à l'effort du viscère. La *hernie* du poumon se reconnaît à une tumeur molle, circonscrite, élastique et indolente, sans changement de couleur à la peau, animée de mouvements isochrones à la respiration, augmentant par la toux et sonore à la percussion. En comprimant la tumeur pendant que le malade respire faiblement, on sent qu'elle est réductible et qu'elle laisse à sa place une ouverture dont on constate bien les limites à travers la peau. La tumeur crépite comme une tumeur emphysémateuse; on entend à l'auscultation un bruissement vésiculaire plus doux que le murmure respiratoire. La seule lésion avec laquelle on puisse confondre la *hernie* du poumon est un abcès enkysté des plèvres communiquant avec quelques vésicules pulmonaires, et qui fait saillie sous la peau; mais l'absence de crépitation fine, la réductibilité entière et les signes de tubercules pulmonaires, dans le cas d'abcès tuberculeux de la poitrine, empêchent toute erreur. La *hernie* du poumon est une maladie qui n'offre que peu de gravité; mais elle doit néanmoins être réduite et contenue pour soulager les malades d'une sorte de gêne qu'ils éprouvent parfois dans la respiration, et pour soustraire la partie du poumon qui fait *hernie* aux injures extérieures qui pourraient y développer des inflammations auxquelles l'intérieur de la poitrine ne tarderait pas à participer. On la réduit en appliquant à plat la main sur elle, et on la contient à l'aide d'une compresse épaisse ou d'une pelote rembourrée, que l'on soutient par un bandage de corps ou par le moyen d'une ceinture élastique. Lorsqu'elle est irréductible, on ne doit pas y toucher, parce qu'alors la compression est inefficace.

— *Hernie du cervelet*. La *hernie* du cervelet offre exactement les mêmes caractères que l'encéphalocèle; seulement elle ne se présente jamais qu'au niveau des fosses occipitales inférieures. On trouve, dans les écrits de Lallemant et de Baffos, deux observations de *hernie* du cervelet, survenues à la suite d'une perforation congénitale de l'occipital.

— *Hernie de l'œil*. Cette affection, appelée aussi *exophthalmie*, *maladie de Basedow*, *maladie de Graves*, *goître ophthalmique*, est caractérisée par la saillie des deux yeux, par l'augmentation de volume du corps thyréoïde et par des palpitations de cœur. Cette maladie avait été étudiée par les auteurs des traités d'oculistique; mais elle n'était considérée qu'au point de vue de l'ophthalmologie, jusqu'en 1835, où Graves en fit une description complète. Observée en Angleterre et en Allemagne pendant plusieurs années, elle ne fut connue en France qu'en 1856, où Charcot publia une observation très-intéressante à ce sujet.

Les causes du goître exophthalmique sont encore peu connues. On sait seulement qu'il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et qu'il atteint de préférence les personnes âgées de quinze à vingt ans. Les impressions morales ont paru quelquefois jouer un grand rôle dans le développement de cette maladie. Elle ne débute pas toujours de la même manière chez les différents individus. Pour les uns, c'est la saillie des deux yeux qui commence; pour les autres, c'est l'intumescence du corps thyréoïde, et chez la plupart ce sont les palpitations du cœur que les malades éprouvent tout d'abord. La saillie des globes oculaires peut n'être pas considérable; mais on a vu des cas où l'exorbitisme était tel, qu'il entraînait la luxation des yeux. Les paupières passaient en arrière du globe de l'œil et saisissaient entre leur bord libre les muscles et le nerf optique. Il fallait les relever et pousser l'œil avec une certaine force pour le faire rentrer dans sa cavité normale. Cette exophthalmie s'accompagne d'une étrange expression de la physionomie. Les yeux sont brillants, humides, hagards, non déviés; le regard est sauvage. Il n'est pas rare qu'avec tous ces désordres la vision soit altérée. Les malades sont tantôt myopes, tantôt presbytes; d'autres, dit Trousseau, acquièrent une grande puissance d'adaptation. Quelques-uns voient voltiger continuellement des mouches. Les paupières ne sont jamais injectées; mais la rétine, observée à l'ophthalmoscope, présente une vascularisation anomale et quelques légers dépôts de pigment autour de la pupille. Tandis que ces phénomènes ont lieu du côté des globes oculaires, la glande thyréoïde se développe en totalité ou en partie. Le plus souvent, l'intumescence porte sur un seul côté, et, d'après Trousseau, ce serait sur le lobe droit. L'hypertrophie s'opère lentement, par gradation. Il s'ensuit des altérations de la voix et des troubles respiratoires dus à la compression exercée par la tumeur sur la trachée et sur les nerfs récurrents. Les troubles circulatoires, qui le plus souvent ouvrent la marche, consistent en palpitations intenses et douloureuses. Elles augmentent de temps en temps et constituent de véritables accès. L'oppression est quelquefois si grande, que les malades sont menacés d'asphyxie. D'après Graves, le pouls s'élève à 100, 120, 140 et 150 pulsations par minute; mais sa faiblesse contraste avec l'impulsion violente des vaisseaux carotidiens et de la thyréoïde. Si l'on exerce avec l'ongle un léger frottement sur la peau d'un individu atteint de cette affection, on produit aussitôt une large traînée rouge qui ne disparaît que lentement. Ce symptôme, désigné par Trousseau sous le nom de *tache cérébrale*, indique une asthénie de l'appareil nerveux vaso-moteur. Le cœur présente à l'auscultation une exagération des claquements valvulaires, avec un bruit de souffle doux à la base. On a parfois rencontré des lésions organiques du cœur; mais leur existence n'est pas constante; elles doivent plutôt être regardées comme une affection concomitante. Il en est de même de l'hypertrophie du cœur, qu'on a observée quelquefois, et à laquelle quelques auteurs ont donné une valeur pathogénique exagérée.

La *hernie* de l'œil est une maladie grave. Les malades souffrent continuellement; et il arrive de temps en temps des accès qui mettent la vie en danger par l'exagération des troubles cardiaques et de la respiration. Une grossesse fait quelquefois disparaître tous les accidents, qui reviennent après la délivrance. Quelques malades succombent, soit à un accès de suffocation, soit aux progrès de la maladie, soit à une affection intercurrente. Stokes considère cette affection comme une névrose cardiaque; Aran comme le résultat d'une hypertrophie du cœur. Trousseau, se fondant sur les expériences de Claude Bernard et de Schiff, pense qu'elle est due à une affection du grand sympathique.

L'iode et le fer ont été préconisés contre la cachexie exophthalmique; mais Trousseau les proscrit et les regarde comme dangereux. Il préfère la digitale, qu'il porte rapidement à une dose très-élevée, ainsi que les applications de glace sur la région du cœur et sur le corps thyréoïde. On recommande l'hydrothérapie comme modificateur puissant du système nerveux et des altérations du sang. Dans les cas d'asphyxie imminente, on pourrait avoir recours à la trachéotomie, en ayant égard aux dangers d'hémorragie mortelle, entraînée par la vascularisation du corps thyréoïde. Demarquay et Chassaignac, pour atténuer le péril, conseillent de découvrir la trachée, en divisant, par la méthode de l'écrasement linéaire, les parties qui la recouvrent.

— *Hernie de la cornée*. Lorsqu'un ulcère a pénétré à travers la substance propre de la cornée, la membrane de Descemet, incapable de supporter la pression du dedans, fait *hernie* au fond de l'ulcère, sous forme d'une petite vésicule remplie d'humeur aqueuse. Cette *hernie* de la cornée, ou plutôt ce prolapsus de la membrane de Descemet, se rompt le plus souvent promptement, l'humeur aqueuse s'échappe, et alors l'iris se met en contact avec la cornée, ou fait lui-même *hernie* à travers la perforation. S'il se produit une rémission dans l'inflammation, comme cela peut avoir lieu par suite de la diminution de la pression après l'évacuation de l'humeur aqueuse, l'ouverture ulcérée de la cornée guérit, l'humeur aqueuse se reproduit et l'iris retourne à sa position naturelle, pourvu qu'il n'y ait pas de prolapsus. Dans certains cas, lorsque l'ulcération est à la fois large et profonde, sans pour cela traverser entièrement la membrane, la *hernie* de la cornée est étendue, mais elle est recouverte par le tissu propre de la cornée elle-même. Il en résulte qu'elle se rompt moins facilement et peut rester permanente sous l'aspect d'une bosselure de la cornée, tant soit peu opaque, amincie, ressemblant à la cornée conique, dont il faut cependant la distinguer. Elle diffère du staphylôme partiel en ce que jamais elle n'est en rapport avec l'iris et qu'elle n'est pas aussi opaque.

— *Hernie de l'iris*. Aussitôt que, par suite d'ulcération ou de plaie, il existe une perte de substance ou une solution de continuité à la cornée transparente, l'humeur aqueuse s'évacue et l'iris, poussé par l'humeur vitrée, vient se présenter à travers l'ouverture et faire à l'extérieur une tumeur qui varie depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Cette tumeur, de couleur noire, quelle que soit celle de l'iris, est douloureuse; elle est accompagnée d'une inflammation vive de la conjonctive et de larmoiement; elle gêne les mouvements de la paupière; la pupille, tiraillée vers le lieu par où l'iris fait saillie, est allongée dans ce sens, et la vue est ordinairement troublée. Quelques chirurgiens pensent qu'il faut, en général, abandonner cette maladie à elle-même. Le plus grand nombre sont d'avis qu'il est important de remédier au déplacement de l'iris, pour faire cesser l'inflammation de la conjonctive, prévenir l'opacité de la cornée ou empêcher que l'irritation de la portion d'iris qui fait saillie au dehors ne se propage au dedans de l'œil et n'enva-