

3^e **HERNIES SPONTANÉES.** Ce sont celles qui se produisent sans l'intervention d'une violence extérieure, sans blessure du diaphragme. Pour que les viscères abdominaux passent dans le thorax, il faut qu'ils traversent, ou bien l'orifice œsophagien, ou bien un intervalle de fibres musculaires du diaphragme. Les hernies par l'orifice œsophagien sont les plus rares. Schober, cité par Morgagni, a observé un cas de hernie, à travers cet orifice, de l'épiploon, du duodénum, du jéjunum, d'une partie de l'iléon et de l'estomac. Pour que les viscères de l'abdomen s'engagent à travers l'ouverture œsophagienne, il faut admettre un affaiblissement du contour de cet orifice. D'après Morgagni, l'estomac pourrait être entraîné dans le thorax par une contraction convulsive de l'œsophage.

Les viscères abdominaux ne sauraient s'engager entre les fibres du diaphragme pendant l'effort, s'ils ne trouvaient pas un intervalle tout préparé entre ces fibres pour les admettre. Car, pendant l'effort, le diaphragme se contractant, cette contraction a pour effet de rapprocher les fibres du muscle et d'en augmenter la résistance. Il faut donc admettre que lorsque les viscères traversent la partie charnue du diaphragme, c'est que ce muscle présente une interruption des fibres dans un point de son étendue; ce serait là un vice de conformation qui ferait rentrer les hernies diaphragmatiques spontanées dans la classe des hernies congénitales.

Anatomie pathologique. La hernie diaphragmatique est aussi fréquente, d'après X. Richard, du côté droit que du côté gauche. Se fondant sur la présence du foie à droite, plusieurs pathologistes avaient émis une opinion opposée. La hernie peut se faire par tous les points du diaphragme; au-devant de l'orifice œsophagien, à travers le centre aponévrotique, derrière le sternum. Les viscères que l'on trouve le plus communément dans la hernie, sont l'estomac et l'épiploon; viennent ensuite, par ordre de fréquence, le côlon transverse, l'intestin grêle, la rate, le foie, le pancréas, le duodénum, le cœcum. Dans quelques cas, un grand nombre de viscères de l'abdomen sont engagés dans la hernie: ainsi, dans un fait appartenant à Forlivesi, ce dernier a trouvé l'épiploon, l'estomac, la rate et les intestins à la fois. Les viscères restés dans l'abdomen ont subi souvent des changements de conformation: l'estomac est ordinairement tordu sur son axe, lorsqu'une portion de l'organe est comprise dans la hernie; si l'épiploon a été entraîné dans le thorax et que le côlon soit resté dans l'abdomen, l'arc du côlon est aussi tordu sur son axe.

En pénétrant dans la poitrine, les viscères abdominaux refoulent au-devant d'eux le péritoine et la plèvre qui sont en général intimement unies. D'autres fois, les deux séreuses sont séparées par quelques fibres musculaires du diaphragme ou par une couche soit celluleuse, soit celluleuse-fibreuse, soit adipeuse. On trouve parfois, dans l'épaisseur des parois du sac quelques filets appartenant au nerf phrénique. Dans d'autres cas, le sac péritonéal est adossé au péricarde. Le sac est globuleux ou cylindroïde, d'un volume variable, depuis un dé à coudre jusqu'à une tête de fœtus. La figure 248 représente deux hernies diaphragmatiques observées sur le cadavre par P. Berard. Le dessin montre la face pos-

térieure du sternum (e), et des côtes (d), ainsi que la face supérieure du diaphragme.

On voit en a un sac herniaire tubuleux, long de 7 centimètres et un peu plus gros qu'un intestin grêle, contenant une portion du grand épiploon, engagé dans la cavité gauche de la poitrine. On voit en b un appendice graisseux soulevant la plèvre correspondante et renfermant dans son intérieur un sac herniaire du volume d'un dé à coudre. En c existe un autre appendice graisseux sous-pleural, adhérent à la face supérieure du diaphragme et en partie au sac herniaire a.

Si on examine l'état du thorax chez les sujets atteints de hernies diaphragmatiques, on constate que le poumon correspondant est plus ou moins comprimé, en raison du volume de la hernie. Dans les hernies volumineuses, le poumon peut être réduit au point de ne plus présenter que la

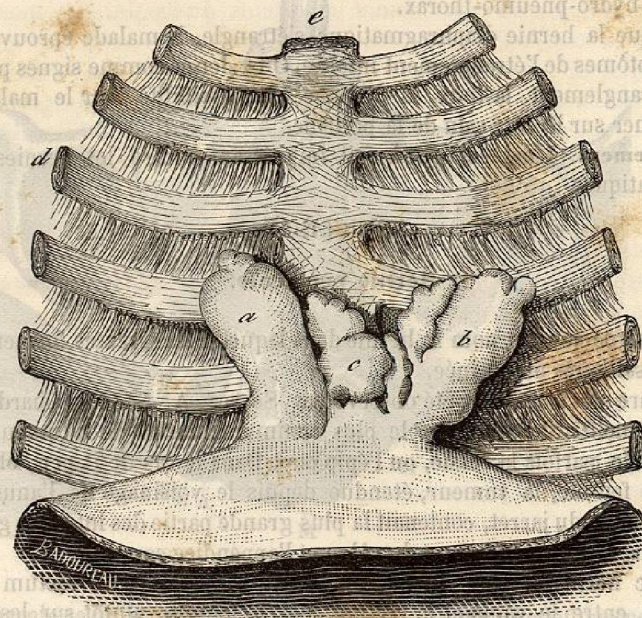


Fig. 248.

grosseur d'un noyau. Mais cela n'arrive qu'en cas de lésion ancienne, lorsque le poumon a été arrêté dans son développement. Le poumon du côté opposé à la hernie est souvent emphysémateux. Le cœur, l'aorte et l'œsophage sont déviés dans les hernies volumineuses. Le thorax peut être déformé.

Symptômes. Ils sont obscurs, surtout dans les hernies diaphragmatiques d'un petit volume; alors les malades accusent une douleur dans le côté, et les digestions sont pénibles. En cas de hernies volumineuses, les douleurs sont plus vives, plus fréquentes; il y a de la dyspnée, des nausées, parfois des vomissements ou des coliques. Les troubles sont plus marqués après

des efforts. On a remarqué, chez quelques sujets, une diminution de la dyspnée à la suite d'un repas copieux, ce que l'on a expliqué par le retour dans l'abdomen de l'estomac entraîné par le poids des aliments qu'il contient. Un autre symptôme noté dans les hernies volumineuses, est la dépression de la paroi abdominale qui suit le retrait des viscères. Cette dépression est quelquefois tellement prononcée, qu'on peut sentir la colonne vertébrale avec la main enfoncée profondément à travers la paroi abdominale antérieure. Lorsque les viscères abdominaux ont pris dans l'un des côtés du thorax la place du poumon, on perçoit par la percussion, à la partie inférieure de la poitrine, un son plus clair qu'à l'état normal, ce qui est dû à la présence de l'intestin; l'auscultation pratiquée dans la même région ne permet plus d'entendre le murmure vésiculaire. On a vu plus haut, p. 725, que l'auscultation peut fournir la perception de bruits simulant un hydro-pneumo-thorax.

Lorsque la hernie diaphragmatique s'étrangle, le malade éprouve tous les symptômes de l'étranglement interne. On a donné comme signes propres à cet étranglement, la toux, la dyspnée, l'impossibilité pour le malade de se coucher sur le côté sain de la poitrine.

Traitement. L'art est tout à fait impuissant contre les hernies diaphragmatiques.

ARTICLE IX.

Hernie périnéale.

On désigne sous ce nom la hernie dans laquelle les viscères forment une tumeur saillante au périnée.

Ce genre de hernies a été observé par Scarpa, A. Cooper, Chardenon, Papen, Smellie. On rencontre le plus communément dans la tumeur l'intestin grêle, parfois la vessie, ou l'épiploon. Dans le cas de Papen, observé chez une femme, la tumeur, étendue depuis le voisinage de l'anus jusqu'au-dessous du jarret, contenait la plus grande partie des intestins grêles, l'épiploon, le commencement du côlon et l'appendice cœcal.

Le sac herniaire sort du bassin, entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre le vagin et le rectum chez la femme, plutôt sur les côtés du rectum et de l'anus qu'en avant de ces organes. Pour arriver au périnée, le sac traverse les fibres du muscle releveur de l'anus et l'aponévrose supérieure du périnée, pour venir adhérer à la peau. La figure 249, empruntée à Scarpa, montre bien cette disposition; on voit que le sac herniaire (D), qui renferme une anse d'intestin (E), s'est échappé du bassin entre le sommet du coccyx (M), le grand ligament sacro-sciatique, que la tumeur recouvre, mais que l'on aperçoit sur le côté gauche du bassin en N, et l'anus (H). Le sac a laissé au-devant de lui les fibres supérieures (B) du muscle releveur de l'anus, en arrière de lui les fibres inférieures (A) de ce muscle, dont d'autres fibres (C) le coiffaient à une certaine période de son évolution. Le muscle transverse du périnée (II) reste à une certaine distance au-devant de la tumeur. L'anus (H) et le rectum ont été déviés du côté op-

posé au lieu de sortie de la hernie; il en était de même de la vessie. On voit en K le muscle bulbo-caverneux, en LL les ischio-caverneux, en OO les tubérosités sciatiques, en P une portion du muscle grand-fessier. Le collet du sac avoisine ordinairement le plancher musculo-aponévrotique du bassin; dans le cas rapporté par Papen, le sac commençait sur la partie latérale du bassin, au-dessous du trou sous-pubien, pour se porter ensuite vers le grand ligament sacro-sciatique. Le collet peut être épais, dur, calleux, de l'épaisseur du petit doigt (Chardenon).

La hernie périnéale est plus commune chez la femme que chez l'homme, ce que l'on explique par l'ampleur plus grande du bassin chez la première. On observe rarement cette hernie chez les enfants, et l'observation de Bromfield, relative à un cas de ce dernier genre, a été mise en doute.

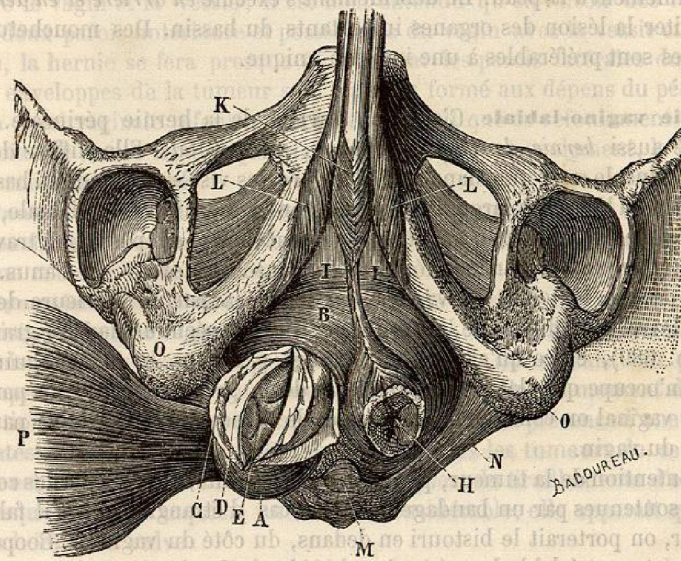


Fig. 249.

Cette hernie se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins saillante au périnée; elle est située généralement sur un des côtés de la marge de l'anus, molle, réductible par la pression, augmentant de volume par les efforts de tous genres et dans la station verticale, disparaissant ou diminuant de volume lorsque le malade se couche. Elle donne lieu à une sensation de pesanteur, à des coliques, de la constipation. On la méconnaît facilement, jusqu'à l'époque où elle fait une saillie au périnée, et on peut pendant cette première période la confondre avec une maladie des organes génito-urinaires. Le toucher rectal dans les deux sexes, le toucher vaginal chez la femme, permettent d'explorer l'intérieur du bassin et de soupçonner l'existence de cette affection.

La réduction est facile; il suffit de faire placer le malade dans une situation horizontale, en élevant le bassin, et de presser sur la tumeur. Pour la