

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.

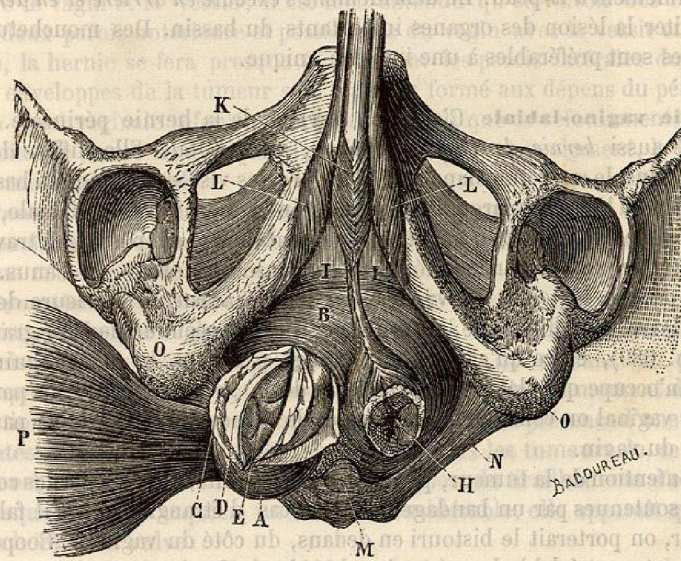


Fig. 249.

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

contention, on choisira un bandage semblable à celui dont s'est servi Scarpa. C'est un ressort circulaire terminé par une courroie qui sert à fixer la ceinture sur le pubis. De la partie postérieure du ressort principal se détache un autre ressort qui se termine par une pelote rendue élastique par la présence dans son intérieur d'une spirale métallique. Cette pelote est destinée à comprimer la hernie de bas en haut; elle est reliée à la partie antérieure de la ceinture par un sous-cuisse composé en partie de fils métalliques roulés en spirale. Chez la femme, on pourrait contenir la hernie au moyen d'une éponge fine et volumineuse introduite dans le vagin.

L'étranglement de la hernie périnéale est rare. Pour exécuter l'opération, on commence par mettre le sac à découvert, en pratiquant une incision d'étendue convenable au périnée, en se rappelant que le sac adhère parfois intimement à la peau. Le débridement s'exécute *en arrière et en dehors* pour éviter la lésion des organes importants du bassin. Des mouchetures multiples sont préférables à une incision unique.

Hernie vagino-labiale. C'est une variété de la hernie périnéale. On l'appelle aussi *hernie de la grande lèvre, vulvo-labiale*. Elle diffère de la hernie périnéale en ce que, dans cette dernière, les viscères sortent du bassin en *arrière* du ligament large, tandis que, dans la hernie vagino-labiale, ces mêmes viscères glissent en *avant* du ligament large, en passant à travers un écartement de la partie antérieure du muscle releveur de l'anus. La tumeur occupe les côtés du vagin et se loge à la partie inférieure de la grande lèvre. Elle diffère de la hernie inguinale descendue dans la grande lèvre (p. 689), en ce qu'elle ne se prolonge pas dans le canal inguinal, qu'elle n'occupe que la partie *inférieure* de la grande lèvre; que par le toucher vaginal on constate la présence de la tumeur le long de la partie latérale du vagin.

La contention de la tumeur, préalablement réduite, se fait avec des compresses soutenues par un bandage en T. En cas d'étranglement, s'il fallait débrider, on porterait le bistouri en dedans, du côté du vagin (A. Cooper), en prenant au préalable la précaution de vider la vessie.

ARTICLE X.

Hernies vaginales.

Les hernies vaginales sont des tumeurs formées par la saillie dans l'intérieur du vagin de l'un des viscères qui sont en rapport avec ce canal. Il faut donc bien distinguer les hernies vaginales des hernies du vagin, autre affection dans laquelle c'est le vagin lui-même qui est déplacé.

Les viscères qui forment les hernies vaginales sont l'intestin grêle ou l'épiploon, la vessie et le rectum. Nous avons donc à étudier un *entéroccèle* vaginal, un *cystocèle* vaginal et un *rectocèle* vaginal. Il ne sera question ici que du premier, les deux autres devant être étudiés avec les maladies de la vessie et du rectum (voy. les sections suivantes).

DE L'ENTÉROCÈLE VAGINAL.

C'est à Garangeot que nous devons la connaissance de cette maladie, dont Verdier, Hoin, Sandifort et Richter ont rapporté des exemples.

Anatomie pathologique. Il y a ici à considérer, comme dans toute espèce de hernie, le contenu et les enveloppes de la tumeur. C'est presque toujours une anse d'intestin grêle, qui est comprise dans la hernie, parfois une anse d'intestin et l'épiploon en même temps, rarement l'épiploon seul, comme dans un cas de Petrunti; ou bien l'S iliaque du côlon, comme dans l'observation de Levret. La portion de viscère hernié descend tantôt derrière le ligament large, entre le vagin et le rectum; tantôt au-devant de ce repli, entre le vagin et la vessie; il est bien entendu qu'en raison des rapports des deux parois antérieure et postérieure du vagin avec la vessie et le rectum, la hernie se fera presque toujours par les parois latérales du vagin. Les enveloppes de la tumeur sont: un sac formé aux dépens du péritoine, et la paroi vaginale refoulée par la hernie, soit que ce refoulement porte à la fois sur toutes les tuniques ou sur la muqueuse seulement, la tunique externe étant éraillée.

Causes. C'est presque toujours chez les femmes qui ont eu plusieurs accouchements qu'on observe ce genre de hernie; celle-ci se développe d'une manière lente ou brusque.

Symptômes et diagnostic. L'entéroccèle vaginal est caractérisé par l'existence dans le vagin d'une tumeur souple, molle, s'affaissant et disparaissant facilement, soit par la simple position horizontale, soit par une compression légère. Le plus souvent elle fait entendre au moment de la réduction ce bruit de gargouillement qui caractérise la présence d'une portion d'intestin dans une hernie. Comme dans toutes les tumeurs de ce genre, elle est accompagnée de douleurs, de coliques, de tiraillements d'estomac. Lorsque la hernie acquiert un volume considérable, elle apparaît quelquefois hors de la vulve.

On ne confondra pas l'entéroccèle vaginal avec le *renversement* du vagin, car dans cette dernière affection, il n'y a pas de troubles fonctionnels du côté du tube digestif, ni la possibilité d'une réduction complète de la tumeur, qui fait corps avec le vagin. Les *tumeurs solides* et les *kystes muqueux* du vagin ne sont nullement réductibles; ils peuvent seulement être refoulés. Le cystocèle vaginal a des caractères propres que nous exposerons dans une des sections suivantes (voy. *Maladies de la vessie*).

Pronostic et traitement. L'étranglement est rare dans l'entéroccèle vaginal. Cet accident pourrait cependant avoir lieu pendant le travail de l'accouchement, et la tumeur elle-même devenir un obstacle à l'expulsion du fœtus. Il faut donc réduire la hernie, ce qui est en général facile, soit par la pression simple exercée sur la tumeur, soit en faisant au préalable placer la malade dans une position horizontale. La contention s'opère au moyen d'un pessaire cylindrique que l'on immobilise avec un ressort fixé à une ceinture hypogastrique. Si la hernie s'étranglait, on débriderait l'ouver-