

mation, les brides, les adhérences; on a vu l'intestin s'étrangler dans une ouverture épiploïque, et même une fois dans une ouverture du sac.

Quelle est donc la conduite à tenir? — C'est à vrai dire, la même que dans les autres étranglements herniaires: tenter d'abord le taxis puis recourir résolument à la kélotomie. La difficulté consiste à diagnostiquer dans les grosses hernies un véritable étranglement d'une simple inflammation. Mais ici comme partout il vaut mieux admettre trop facilement un étranglement que méconnaître un étranglement qui existe. La temporisation ne devra donc jamais aller trop loin. Tout au plus au début pourra-t-on se permettre un purgatif d'épreuve. Le taxis, il faut bien le savoir, donne d'excellents résultats dans la hernie ombilicale; à une période un peu avancée il devra comme partout être fait avec modération ou même rejeté complètement et l'on aura recours à la kélotomie.

La kélotomie a été fort discutée; Huguier la condamnait absolument comme très dangereuse à cause de l'ouverture considérable d'un sac volumineux qui débouche directement dans la cavité péritonéale, et de la présence si ordinaire de nombreuses adhérences. Pour atténuer ces dangers, on a indiqué comme procédé opératoire la dilatation de l'anneau sans ouverture du sac (Richet), ou bien l'incision du collet à travers une ouverture simple du sac (Demarquay, Th. Bryant); mais les conditions habituelles de la hernie rendent ces opérations presque toujours insuffisantes. La kélotomie avec ouverture du sac pourvu qu'elle soit faite dans de bonnes conditions d'antisepsie, donne actuellement ici d'aussi bons résultats que partout ailleurs, et elle est parfaitement applicable, non seulement aux hernies étranglées, mais même à la cure radicale des hernies irréductibles qui deviennent trop gênantes.

CHAPITRE IV

HERNIES ABDOMINALES RARES.

Les hernies inguinales, crurales et ombilicales représentent la presque totalité des hernies abdominales, 95 pour 100. Cependant le

chirurgien doit être prévenu de l'existence d'un certain nombre d'autres variétés, précisément parce qu'elles sont rares, difficiles à trouver, et que par conséquent leur étranglement méconnu pourrait en imposer pour un étranglement interne.

Parmi ces hernies, les unes se font à travers la ceinture musculo-aponévrotique de l'abdomen. Ce sont :

- 1° Les *hernies de la ligne blanche ou épigastriques*;
- 2° Les *hernies dans la région des muscles droits*;
- 3° Les *hernies latérales*;
- 4° Les *hernies lombaires*.

Une seconde catégorie comprend les *hernies diaphragmatiques*. Nous rangerons dans une troisième catégorie les hernies inférieures qui traversent les échancrures que présente la ceinture du bassin :

Hernie obturatrice;

Hernie ischiatique.

Enfin, dans la dernière catégorie on doit comprendre les hernies qui se font à travers le plancher musculo-aponévrotique du périnée, affaibli et traversé par l'urèthre, le rectum et le vagin.

Hernies vaginales.

Hernies vagino-labiales.

Hernies périnéales.

1^{re} CATÉGORIE. — *Hernies à travers la ceinture musculo-aponévrotique de l'abdomen.*

1° *Hernies de la ligne blanche*. — En dehors des conditions anormales de l'éventration, les muscles droits de l'abdomen ne sont sensiblement écartés qu'au-dessus de l'ombilic; la ligne blanche n'existe donc que là, et l'on peut dire que presque toutes ses hernies sont des *hernies épigastriques et sus-ombilicales*; elles offrent avec les hernies ombilicales de nombreux points de contact.

C'est ainsi qu'on les rencontre surtout chez les femmes, et notamment chez celles dont la paroi abdominale est chargée de graisse. Les distensions produites par les grossesses répétées, par les tumeurs abdominales, jouent le rôle de causes occasionnelles. — On doit encore mentionner les traumatismes, et peut-être certaines dispositions anatomiques: éraillures ou affaiblissements congénitaux de la ligne blanche.

L'orifice de sortie siège le plus souvent à gauche de la ligne mé-

diane, au-dessus de l'ombilic, et présente généralement à sa partie inférieure une sorte de courbe à concavité supérieure.

Le collet du sac qui sort à ce niveau offre des dispositions en rapport avec celles de l'orifice, puis se dirige tantôt longitudinalement en bas, tantôt directement en avant.

Le sac lui-même est souvent volumineux, aminci, recouvert de graisse, parfois même précédé d'une véritable hernie graisseuse; on y trouve de l'épiploon, de l'intestin grêle, une portion du colon transverse, rarement de l'estomac, quoi qu'en ait dit Garengot.

Cliniquement : ou bien la hernie de la ligne blanche est petite et demande à être attentivement recherchée dans le décubitus dorsal et les cuisses fléchies par le bassin; ou bien elle est très volumineuse, à parois amincies, et dans ce cas son diagnostic est assez facile. — Des troubles gastriques, des crampes, des douleurs, des coliques en sont la conséquence; ils disparaissent par la réduction de la tumeur; cette réduction n'est pas toujours possible, surtout pour les grosses hernies.

Seules, certaines tumeurs graisseuses extrapéritonéales non accompagnées de sac herniaire peuvent être confondues avec les hernies épigastriques; on se basera surtout, dans ces cas, sur l'absence des troubles douloureux, gastriques et digestifs, fréquents dans les hernies de la ligne blanche.

Quant au pronostic et au traitement, nous n'avons rien à dire qui ne soit une répétition des préceptes applicables aux hernies ombilicales et à certaines hernies latérales, sur lesquels nous allons avoir à nous étendre davantage.

2° *Hernies dans la région des muscles droits*. — C'est surtout au point de vue du siège et des caractères de la tumeur, qu'il faut dire un mot des hernies de cette région.

Ce sont ordinairement des hernies traumatiques, à la suite de ruptures musculaires; on les a toujours observées dans la moitié supérieure (Duplay), ce qui tendrait à prouver qu'elles sont plutôt la conséquence de vrais traumatismes que le résultat des ruptures musculaires pathologiques qui surviennent à la suite de fièvres longues et graves; nous savons que ces dernières siègent de préférence dans le tiers inférieur du muscle. — Dans les quatre cas cités par Duplay, deux fois la hernie occupait une intersection aponévrotique, deux fois elle occupait le tissu musculaire. — La hernie peut se faire

simplement dans la gaine, ou bien traverser les fibres musculaires rompues.

Les symptômes, la marche et le traitement sont ceux des hernies latérales.

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

Les hernies latérales étaient déjà signalées et connues des anciens; toutefois, c'est dans Dionis seulement que l'on trouve l'indication complète des hernies latérales traumatiques et du traitement qui leur convient. — J.-L. Petit décrivit les hernies spontanées. — On doit encore citer sur cette question Lachausse (1746), Klinklosch et A. Cooper. — Les faits tout récents de D. Mollière et de Terrier ont fait faire au traitement un pas important dans une voie nouvelle. Tous ces travaux sont très bien résumés dans la thèse de Ferrand, 1881.

Étiologie. — Les hernies latérales sont traumatiques ou spontanées.

Traumatiques, elles sont la conséquence d'une contusion, d'une plaie, d'une opération chirurgicale, et nous n'avons, on le conçoit, à retenir ici que les hernies traumatiques secondaires développées plus ou moins longtemps après la cicatrisation de la blessure, par distension de la cicatrice même. *Spontanées*, elles peuvent être encore liées à une cicatrice résultant d'un abcès, d'un furoncle même des parois abdominales; plus souvent on doit les rapporter à la distension de la grossesse, à des tumeurs abdominales, à l'ascite, au développement du tissu graisseux. — Ce sont des hernies de faiblesse, dans lesquelles l'effort ne joue qu'un rôle déterminant.

Anatomie pathologique. — La hernie traumatique au sens où nous l'entendons, c'est-à-dire *secondaire*, possède un sac péritonéal tout comme la hernie spontanée. Cette enveloppe est souvent, il est vrai, mince, facile à méconnaître.

La hernie spontanée se fait presque toujours au niveau des fibres aponévrotiques antérieures du transverse qui constituent la ligne demi-circulaire de Spiegel, soit par les orifices vasculaires de cette ligne (A. Cooper, D. Mollière), soit à la suite de pelotons graisseux

sous-péritonéaux sortis indifféremment par un point quelconque de la paroi (Ferrand).

La hernie se fait presque toujours au-dessous du plan transversal passant par l'ombilic : tantôt elle est sous-cutanée, *hernie propariétale*; tantôt elle est interstitielle, *hernie intrapariétale*; parfois simultanément interstitielle et sous-cutanée, *hernie en bissac, en brioche*.

Le sac est parfois extrêmement aminci dans les hernies volumineuses; il adhère souvent aux parties qui le recouvrent par sa face externe, et pour ces deux raisons, on est exposé à l'ouvrir facilement lorsqu'on incise ces enveloppes; enfin, sa face interne est souvent adhérente, cloisonnée, surtout dans les hernies volumineuses; aussi l'étranglement peut fort bien siéger à l'intérieur du sac dans ces grosses hernies.

Dans les hernies petites, l'orifice ou le collet sont toujours les agents de l'étranglement.

On trouve dans les hernies latérales : de l'épiploon, de l'intestin grêle, le cœcum ou le côlon.

Symptômes et diagnostic. — Les hernies latérales petites sont difficiles à trouver; elles peuvent s'étrangler en se produisant ou donner lieu à des troubles digestifs que la réduction de la hernie fait disparaître.

On ne méconnaîtra pas les hernies moyennes ou grosses, alors même qu'elles seraient intrapariétales, quoique la hernie tende à descendre, à s'étaler.

Comme les hernies ombilicales, les petites hernies ont plus de tendance à l'étranglement, les grosses plus de tendance à l'engouement et à l'inflammation.

La hernie est plutôt méconnue que confondue avec d'autres affections; il faut donc y penser pour la rechercher, et bien l'examiner pour reconnaître à quelle variété on a affaire.

Traitement. — Après les traumatismes qui ont affaibli les parois, le chirurgien, pour prévenir la hernie, conseillera le port d'une ceinture abdominale; lorsque la hernie s'est produite, il faut chercher à la maintenir réduite par un bandage, ou du moins à la contenir, si elle est irréductible.

Est-elle étranglée et petite, il faut intervenir de bonne heure et recourir peut-être de préférence à la laparotomie, surtout dans les

cas douteux (Terrier). — Est-elle volumineuse, on fera toujours la kélotomie; on conseillait autrefois de ne pas ouvrir le sac; Duplay a montré qu'il valait mieux l'inciser au contraire, puisque l'agent de l'étranglement siège assez souvent dans sa cavité : brides, adhérences.

4^o Hernies lombaires. — La paroi musculaire de l'abdomen présente en arrière, dans la région lombaire, deux points faibles : l'un est le triangle de J.-L. Petit, l'autre le triangle lombo-costo-abdominal de Grynfeldt.

Le triangle de J.-L. Petit est limité en avant par les fibres les plus postérieures du muscle grand oblique de l'abdomen, en arrière par les fibres inférieures du muscle grand dorsal qui croise le précédent très obliquement, sa base est constituée par la crête iliaque au-dessus de laquelle il est situé. — Au fond de cette dépression triangulaire se voient les dernières fibres du petit oblique. — Le triangle de Grynfeldt est dirigé en sens inverse du précédent et caché par le grand dorsal. Sa base est à la dernière côte, son bord externe est formé par le bord postérieur du petit oblique, son bord interne n'est autre que le bord externe du muscle carré des lombes.

L'anneau par lequel s'échappe la hernie est le plus souvent très large; la tumeur offre un volume très variable; quatorze fois sur vingt et un, elle siègeait à gauche.

C'est en somme une hernie rare. Larrey, dans sa monographie, en 1869, en a recueilli vingt-cinq cas dont le premier appartient à Garengot; mais c'est J.-L. Petit qui en a fait le premier une étude complète. — En 1866, Grynfeldt a publié sur elle un très bon travail dans le *Montpellier médical*. — Le *Mémoire* de Larrey est de 1869. — Dans un travail plus récent, 1879, Braun a insisté dans les *Archives allemandes* sur le rôle de certains orifices vasculo-nerveux de la région.

En résumé, la hernie lombaire offre tous les caractères des hernies ventrales, elle n'en diffère que par la bénignité plus grande de son pronostic; c'est une hernie facilement réductible ordinairement et peu sujette aux complications. — On l'a cependant observée à l'état d'étranglement; le taxis a été employé heureusement; la kélotomie n'a été pratiquée qu'une fois et avec succès par Ravaton, en 1768, sur une femme enceinte.

2^e CATÉGORIE. — *Hernies diaphragmatiques.*

Le passage des viscères du ventre dans la poitrine constitue la *hernie diaphragmatique*.

On doit distinguer :

- 1^o Des hernies diaphragmatiques congénitales ;
- 2^o Des hernies traumatiques ;
- 3^o Des hernies spontanées.

1^o *Hernies congénitales.* — Le diaphragme, comme l'ont montré les recherches de Serres, Breschet, d'I. Geoffroy Saint-Hilaire, se développe par deux moitiés latérales ; un arrêt peut survenir dans ce développement et les viscères abdominaux font hernie dans la cavité thoracique. — Ces hernies sont souvent assez volumineuses pour être incompatibles avec la vie ; ce sont alors des monstruosités tout à fait comparables aux grosses hernies ombilicales embryonnaires.

Cette théorie généralement admise aujourd'hui a été vivement combattue par Cruveilhier qui lui reprochait de ne pouvoir expliquer le siège latéral des hernies. — On a répondu en invoquant l'atrophie d'une des moitiés primitives du diaphragme et la présence du cœur.

La plupart des hernies congénitales résultent donc d'un arrêt de développement du diaphragme (thèse de Duguet, 1866) ; il en est cependant quelques-unes qui succèdent à une rupture ou à une éraillure congénitale, intra-utérine du diaphragme.

Cette dernière variété très rare (on en compte trois exemples, Boulland, Cruveilhier, Portal) se traduit anatomiquement par un caractère très important, la présence d'un sac herniaire.

Dans les hernies par arrêt de développement, il n'y a pas de sac herniaire comme dans les hernies ombilicales embryonnaires et pour les mêmes raisons. Dans les deux cas le péritoine ne s'est pas développé au niveau de l'hiatus, dans lequel s'engageaient les viscères.

La hernie congénitale siège deux fois plus souvent à gauche qu'à droite (Duguet), et dans la moitié postérieure plutôt que dans la moitié antérieure.

La partie non développée du diaphragme est parfois très considérable (monstruosités) ; dans d'autres cas elle est plus petite et se

présente sous la forme d'une ouverture *en croissant* ou *en boutonnière*. — L'origine congénitale de ces dernières a été mise en doute par Duguet. — On en connaît quinze cas, tous chez des sujets âgés de plus de dix ans.

L'estomac avec la rate, une portion variable du foie, le côlon, le pancréas même (Clintock), une partie du rein, ont été rencontrés isolément, plus souvent encore réunis, dans les hernies diaphragmatiques congénitales.

On conçoit bien que la pénétration d'une pareille masse dans la cavité thoracique modifie notablement les rapports des organes qu'elle renferme normalement : cœur et poumons. On a noté l'existence d'autres malformations congénitales.

La hernie congénitale est-elle très volumineuse, c'est une monstruosité incompatible avec la vie ; les enfants meurent au bout de quelques jours. Si elle est très petite, elle risque fort de n'être pas diagnostiquée, surtout lorsqu'elle se révèle à un âge avancé ; parfois cependant la hernie congénitale de moyen volume donne lieu à un élargissement du thorax, à une dépression épigastrique, à des troubles respiratoires et digestifs assez caractéristiques. Nous étudierons mieux ces phénomènes avec les symptômes des hernies spontanées.

2^o *Hernies traumatiques.* — Les hernies du diaphragme qui succèdent à une plaie ou à une rupture de ce muscle sont un peu plus fréquentes à gauche qu'à droite, car les déchirures du muscle sont fréquentes de ce côté. — Le péritoine étant intimement uni au diaphragme se déchire avec lui : la hernie traumatique n'a donc pas de sac. — L'ouverture est plus ou moins irrégulière ; on l'a vu adhérer aux viscères herniés lorsque l'accident remonte à une époque un peu éloignée.

Une mort rapide est assez souvent le résultat de cette lésion ; elle survient par le fait d'une syncope trop intense et trop prolongée ; dans d'autres cas, la hernie ne s'accompagne d'aucun signe important ; elle reste alors méconnue. Enfin les troubles qu'elle détermine revêtent parfois l'allure clinique de l'étranglement interne.

Dans le plus petit nombre des cas, la hernie diaphragmatique ne donnera lieu qu'à des accidents moyens, à des vomissements, des syncopes répétées, des sueurs froides, des coliques vives, de la gêne de la respiration, de la toux, et parfois à des signes physiques qui permettront mieux que tout le reste de reconnaître que le trauma-

tisme a produit une hernie diaphragmatique. Nous les signalerons tout à l'heure à propos des hernies spontanées.

3° *Hernies spontanées.* — D'une part les orifices normaux dont le diaphragme est percé, et d'autre part certains orifices pathologiques résultant le plus souvent d'une ulcération par propagation du diaphragme, peuvent livrer passage aux viscères abdominaux. Il est juste de faire remarquer encore que certaines dispositions congénitales, éraillures, faiblesses, orifices anormaux, ne doivent pas être étrangères à la production de la hernie dans un certain nombre de cas. Ces éraillures siègent derrière le sternum, à l'orifice œsophagien (Fantonus), dans le centre aponévrotique, et le plus souvent à gauche.

Ces hernies sont presque toujours pourvues d'un sac; cliniquement il convient d'en rapprocher de toutes petites hernies congénitales ou traumatiques, augmentant graduellement de volume, *hernies graduelles de Després.*

Dans ces diverses hernies on trouve, réunis ou isolés, des troubles digestifs, respiratoires ou cardiaques.

Des nausées, parfois des vomissements, des dyspepsies anormales s'accompagnant d'étouffements après les repas peuvent être le résultat d'une hernie de l'estomac; des coliques accompagnées de troubles digestifs font penser à la présence de l'intestin; on a signalé des crises de coliques hépatiques, des convulsions. — Les troubles respiratoires sont parfois assez marqués, toujours difficiles à rapporter à leur véritable cause: on a observé de la dyspnée, des accès d'asthme, une toux sèche, parfois même la sensation plus ou moins nette de mouvements dans l'intérieur du thorax. — Le cœur peut être déplacé à droite ou à gauche, ses battements seront tumultueux; on a noté des syncopes.

Parfois, rarement il faut bien le dire, un examen physique attentif viendra compléter ces signes: l'abdomen sera flasque, l'épigastre déprimé, le thorax dilaté à sa base. La percussion pourra discerner dans le thorax la sonorité ou la matité de l'estomac et de l'intestin rempli de gaz ou de matières alimentaires. L'auscultation révélera de véritables bruits de gargouillement digestif.

La hernie se complique souvent d'inflammations de voisinage: surtout pleuro-pneumonies, dont les symptômes voilent les quelques traits difficilement perceptibles de la hernie diaphragmatique qui l'a produite.

On comprend, d'après cet exposé, toutes les difficultés du diagnostic.

La hernie diaphragmatique est une affection très grave; à tous les accidents que nous venons d'énumérer s'ajoutent les dangers d'un étranglement, contre lequel on a bien peu de ressources.

Il n'y a d'ailleurs rien à faire contre la hernie diaphragmatique non étranglée; on recommandera d'éviter tout effort, mais si des phénomènes d'étranglement surviennent, ils auront les caractères de l'étranglement, interne, et il n'y aura d'autre intervention possible que la laparotomie à la suite de laquelle le chirurgien pourra tenter de dégager les viscères herniés et de pratiquer l'avivement et la suture des bords de l'ouverture.

3° CATÉGORIE. — *Hernies qui se font à travers les orifices de la ceinture osseuse du bassin.*

1° *Hernie obturatrice.* — Encore appelée sous-pubienne (Vinson). Cette hernie se fait par le canal qui livre passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs.

C'est encore une hernie des femmes âgées; on a accusé la disparition par amaigrissement d'une partie de la graisse contenue dans le canal sous-pubien ou l'attraction d'un infundibulum péritonéal par une petite hernie graisseuse. — Le sac peut être volumineux ou très petit; on l'a vu double ou triple (Chiene). Dans son intérieur on a signalé l'intestin, la vessie une fois, et une fois aussi une portion de la trompe.

Le sac herniaire, après avoir franchi le canal obturateur, s'étale au-dessous de l'obturateur externe, ou bien au-dessus de lui; on l'a vu reposer sur les adducteurs, recouvert par le pectiné; il peut même venir directement sous la peau.

La hernie obturatrice est très difficile à diagnostiquer, à moins qu'elle ne fasse saillie sous le tégument cutané; le chirurgien devra toujours y penser lorsque des troubles digestifs difficiles à expliquer, le porteront à explorer les régions herniaires. Il pourra ainsi découvrir à la partie supérieure et interne de la cuisse une tumeur à contour plus ou moins net, parfois réductible lorsque la cuisse est fléchie et en adduction. On a signalé, comme des symptômes appartenant à cette hernie, l'engourdissement de la cuisse, des douleurs occa-

sionnées par les mouvements du tronc, par l'abduction, la rotation du membre et par la pression. La hernie obturatrice réductible ne peut guère être maintenue par aucun bandage.

Lorsqu'elle est étranglée, et cet accident n'est pas très rare, (Pimbel, th. 1882), on doit pratiquer le taxis dans une position favorable, c'est-à-dire les cuisses fléchies sur l'abdomen. Si le taxis ne réussit pas, on aura recours à la kélotomie, en faisant une incision suffisante pour y voir clair dans la profondeur. Cette incision devra suivre les règles indiquées (Dupuytren, Trélat), être faite parallèlement à l'artère fémorale, à 2^{cm}, 5, ou 5 centimètres en dedans d'elle, puis on pénétrera entre le pectiné et les adducteurs, et on arrivera ainsi sur le sac herniaire.

Mais, le plus souvent, soit oubli d'exploration, soit que celle-ci n'ait rien révélé de particulier, le diagnostic n'est pas fait; on croit à un étranglement interne; c'est encore un cas où la laparotomie faite de bonne heure, et suivie d'une exploration attentive des orifices par lesquels peuvent s'échapper les hernies, permettrait de poser un diagnostic certain, suivi d'une intervention immédiate qui aurait toutes chances de succès.

2° *Hernie ischiatique*. — Hernie exceptionnelle, dont les caractères sont fort mal indiqués et connus. — Le cas le plus explicite est rapporté par A. Cooper : l'intestin sorti par la partie supérieure de l'échancrure sciatique, en avant et un peu au-dessus du nerf sciatique, était venu s'étaler au-dessous du muscle grand fessier. — Le malade, jeune homme de vingt-sept ans, succomba le sixième jour à l'étranglement. — La hernie était méconnue; on devait donc penser à un étranglement interne. — Il nous semble que dans les cas de ce genre la laparotomie serait aussi indiquée que la kélotomie par la région fessière. — On a cité quelques observations où la tumeur avait été diagnostiquée et réduite.

4° CATÉGORIE *Hernies qui se font à travers du plancher du périnée.*

1° *Hernies vaginales*. — Ces hernies sont les plus fréquentes. — L'intestin descendant dans les culs-de-sac péritonéaux trouve principalement dans le cul-de-sac postérieur une véritable prédisposition, que viennent compléter les modifications de structure occasionnées dans le vagin par la distension suite d'accouchements multiples; on

conçoit donc qu'il puisse refouler la paroi vaginale, s'en coiffer pour ainsi dire, et venir former dans le vagin une tumeur arrondie, molle et réductible. Cette réduction s'accompagne d'un bruit de gargouillement, qui est l'élément le plus important du diagnostic différentiel avec le prolapsus du vagin. — Lorsque la hernie se fait à la partie antérieure, elle est très élevée. — Le principal inconvénient de cette hernie réside dans le danger qu'elle fait courir à l'intestin pendant l'accouchement. — En dehors de cette circonstance l'étranglement est exceptionnel.

Un pessaire approprié est le meilleur moyen de contention des hernies vaginales.

2° *Hernies vagino-labiales*. — Ces hernies, dit Duplay, apparaissent à la partie postérieure de la grande lèvre, après avoir traversé les fibres antérieures du releveur de l'anus, l'intestin étant descendu en avant du ligament large; c'est en cherchant à suivre leur pédicule qu'on les distinguera des hernies inguinales et périnéales qui seraient développées dans les mêmes régions.

5° *Hernies périnéales*. — L'intestin descendu chez la femme en arrière du ligament large, entre le vagin et le rectum, et chez l'homme, entre le rectum et la vessie, traverse les dernières fibres du releveur de l'anus, et vient faire saillie sur les côtés du périnée postérieur : A. Cooper a vu la hernie entre la prostate et l'anus, en avant de celui-ci.

La hernie paraît plus fréquente chez la femme; on a cité quelques cas d'inflammation et d'étranglement pour lesquels encore de la laparotomie nous paraîtrait préférable à toute autre voie chirurgicale.

FISTULES ABDOMINALES.

L'histoire de la plupart des fistules abdominales a été faite en détail avec chacune des affections auxquelles elles se rattachent; il nous a paru néanmoins aussi utile qu'intéressant d'en donner ici un tableau résumé, en ajoutant la description de quelques variétés qui n'ont pu trouver leur place dans le cours des descriptions précédentes.

Envisagées dans leur ensemble, les *fistules abdominales* peuvent être classés sous divers points de vue. Étiologiquement elles sont *traumatiques* ou *pathologiques*; ces dernières sont les plus com-