

inclinée. Les divers bandages que l'on applique pour contenir ces hernies se déplacent facilement par suite des mouvements de la cuisse. La ceinture de BOURJEAURE (fig. 41) pourrait ici rendre des services.

La kélotomie pratiquée onze fois, d'après PIMBET, aurait donné cinq succès, résultat favorable si l'on considère que l'opération a toujours été faite tardivement. Le procédé opératoire qui nous paraît le plus rationnel est celui que préconise TRÉLAT ; incision parallèle à l'axe du membre, à 25 millimètres en dedans de l'artère crurale, commençant sur le ligament de Fallope et se dirigeant en bas ; pour éviter les vaisseaux obturateurs on débridera en bas.

§ 5. — Hernies ischiatique et périnéale

On désigne sous le nom de hernie ischiatique, une variété particulière de hernie caractérisée par la présence d'une tumeur dans la région de la fesse ; les viscères s'échappent par un point quelconque de l'échancrure sciatique.

Dans un fait observé par JONES, et que nous a transmis ASTLEY COOPER, l'iléon, descendu dans le bassin sur le côté droit du rectum, était sorti par un orifice situé au-dessus et au-devant du nerf sciatique.

La hernie périnéale, non moins rare que la précédente, résulte de la pénétration des viscères entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre le rectum et le vagin chez la femme ; ces viscères s'échappent ensuite sur les parties latérales et postérieures du périnée.

Le mécanisme par lequel se produisent ces hernies étant intimement lié aux divers prolapsus du rectum, nous renvoyons leur étude aux maladies de cet organe.

§ 6. — Hernies vaginale et vagino-labiale

Bibliographie. — GARENTEOT, *Mém. sur plusieurs hernies singulières*, in *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. II, p. 707, Paris, 1787. — SMELLIE, *Observ. sur les accouchements*, trad. PREVILLE, t. II, p. 171, Paris, 1756. — HOIN, *Essai sur différentes hernies*, in *Précis d'opér. de chir. de Leblanc*, t. II, p. 237, 1775. — PETRONITI, *Gaz. méd.*, 1837, p. 424. — BARTH, *Bull. de la Soc. anat.*, 1846. — SALUTRINSKY, *Th. de Paris*, 1875. — BOUILLY, B. ANGER, *France méd.*, 1881.

Un peu plus fréquentes que les précédentes, les hernies vaginales ont été décrites pour la première fois par GARENTEOT, puis étudiées peu après par HOIN. Les organes que l'on trouve le plus souvent dans ces hernies sont l'intestin grêle et la vessie ; dans quelques circonstances l'épiploon accompagnait l'intestin. La cystocèle vaginale se montre habituellement à la partie antérieure du vagin tandis que les entérocéles, ainsi que l'avait fait remarquer RICHTER, se rencontrent de préférence sur les parties latérales et postérieures.

Symptômes. — Les hernies vaginales sont caractérisées par la présence dans le vagin d'une tumeur allongée, à base très large, qui diminue et disparaît par la pression, tandis qu'elle augmente sous l'influence des efforts, de la

toux, ou par la station verticale. Parfois le déplacement est assez accentué pour que l'on constate entre les grandes lèvres une tumeur rougeâtre, ovoïde.

Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger dans le vagin, se plaignent de tiraillements d'estomac, même de vomissements. Si la vessie se trouve contenue dans la hernie on reconnaît sa présence aux troubles de la miction, au changement de direction de l'urètre, à l'absence de gargouillements au moment de la réduction. Ces hernies, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, paraissent susceptibles de gêner considérablement l'accouchement.

Les tumeurs de cette nature sont généralement faciles à réduire ; dès que les viscères ont repris leur place normale, on sent sur les parois latérales du vagin une dépression absolument caractéristique. Ce fait joint aux divers symptômes que nous avons énumérés suffira pour différencier la hernie vaginale du prolapsus du vagin, seule affection avec laquelle elle pourrait être confondue.

Pronostic. Traitement. — Les hernies vaginales constituent une infirmité gênante, de plus elles peuvent occasionner une série d'ennuis et de dangers au moment de l'accouchement. Comme nous l'avons dit, il est d'ordinaire facile de réduire ces hernies ; on les maintient ensuite à l'aide d'une éponge ou d'un pessaire.

On connaît un seul exemple de hernie vaginale étranglée dont PETRONITI a relaté l'observation, il s'agissait d'une épiplocèle qui avait été prise pour un abcès.

La *hernie vagino-labiale*, variété excessivement rare, doit être considérée, ainsi que l'a fait remarquer SROLTZ, comme une modification de la hernie périnéale, dans laquelle les viscères, au lieu de s'échapper en arrière du ligament large, glissent en avant ; ils sortent ensuite à travers un écartement de la portion antérieure du muscle releveur de l'anus.

Cette hernie se présente sous la forme d'une masse située à la partie postérieure de la grande lèvre et qui réunit tous les symptômes classiques des hernies. Le doigt introduit par le vagin permet de suivre les viscères jusque dans le bassin. Ces tumeurs se réduisent avec facilité ; ces bandages dont les femmes se servent au moment de la menstruation et mieux un pessaire à air suffisent pour assurer la contention.

§ 7. — Hernies diaphragmatiques

Consultez les divers Traités ainsi que les articles HERNIES DIAPHRAGMATIQUES de DESPRÉS, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, et celui de BOURSIER, in *Dict. encycl.*, 1^{re} série, t. XXIX, 1884 (Bibliogr.).

a. *Hernies congénitales.* — CRUVEILHIER, *Bull. de la Soc. anat.*, t. VIII, p. 59, 1833. — DUBOIS, *eod. loc.*, t. XXII. — MILLAR, DUMONTPALLIER, *eod. loc.*, t. XXXI, 1856. — DUGUET, *Th. de Paris*, 1866 (Bibliogr.). — POZZI, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XLVII, 1872. — LACHER, *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1880.

b. *Hernies acquises.* — BARTH, *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, t. XXVI. — COPEMANN, *Gaz. méd. de Paris*, 1855. — FLEURY, *Moniteur des Hôp.*, 1857. — LEPELLETIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1848. — LUSCHKA, *Arch. gén. de méd.*, t. XVII. — TORSUJEFF,

Centralbl. f. Chir., n° 39, 1875. — LITTLE, *The Dublin Journ. of Med. Sciences*, juillet 1878.

c. *Hernies traumatiques*. — LELONG, *Soc. anat.*, t. XLII, 1867. — CARTIER, *Bull. de la Soc. de biologie*, 1873. — BOUSSY, *Soc. anat.*, 1877. — CHANOY-PUZEY, *The Lancet*, 1877. — ROLLER, *Centralbl. f. Chir.*, 1878. — AD. ROBERT, *Soc. anat.*, 1880. — BOUSSAC, Th. de Paris, 1882.

Définition. — Sous le nom de hernies diaphragmatiques, on entend tout déplacement des viscères abdominaux à travers un orifice du diaphragme.

DUPLAY les a divisées très naturellement en trois groupes : 1° hernies congénitales; 2° hernies spontanées ou acquises; 3° hernies traumatiques.

Hernies diaphragmatiques congénitales. — La hernie diaphragmatique congénitale constitue un vice de conformation rare. LACHER, en effet, dans un travail des plus complets sur ce sujet, a pu à grand-peine en réunir cent cinq (105) cas environ. Habituellement unique, la masse se trouve située sur la partie latérale du muscle, plus souvent à gauche qu'à droite et presque constamment au niveau de la partie postérieure.

L'orifice qui fait communiquer ensemble les cavités thoracique et abdominale a une forme très variable. Quelquefois le diaphragme manque totalement; dans d'autres circonstances il en existe la moitié, les trois quarts, enfin l'arrêt de développement peut porter simplement sur un pilier ou sur les insertions costales.

L'anomalie la plus fréquente consiste dans une ouverture en forme de croissant, bien décrite par FÖRSTER, et circonscrite d'un côté par la paroi abdomino-costale, de l'autre par le diaphragme en forme de croissant. « Les deux extrémités de l'ovale sont formées par les insertions du diaphragme, d'une part à l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire, d'autre part à l'extrémité de la première fausse-côte. C'est par cette ouverture que les viscères abdominaux envahissent les cavités thoraciques » (DUGUET).

Signalons une dernière variété que cet auteur désigne sous le nom d'*orifice en boutonnière*. Elle résulte d'une perte de substance, d'une fissure située en un point quelconque du diaphragme.

Les hernies diaphragmatiques congénitales n'ont pas de sac; dans quelques observations, cependant, il est dit que les viscères se trouvaient renfermés dans une véritable enveloppe constituée par le péricarde et la plèvre adossés. Tous les viscères abdominaux ont été rencontrés dans ces hernies dont le volume est en grande partie subordonné au diamètre de l'orifice. Par ordre de fréquence nous relevons l'estomac, l'intestin grêle, la rate, le côlon, le foie, le pancréas, l'épiploon, le cæcum et le duodénum; une seule observation mentionne la présence de la vessie et du rectum dans la poitrine.

Le poumon du côté correspondant à la hernie subit des altérations profondes, il est aplati, refoulé; on l'a vu réduit au volume du poing (BALFOUR), d'une languette (POZZI). Le péricarde et le cœur se laissent facilement déplacer mais ne présentent aucune altération sérieuse.

A ces dernières modifications correspondent parfois des déformations plus ou moins caractéristiques du côté du thorax, qui peut être dilaté à sa base ou arrondi avec une forte voûture sternale.

Hernies spontanées. — Cette deuxième variété se produit habituellement comme les hernies ordinaires, sous l'influence d'efforts répétés. Les viscères s'échappent à travers un écartement ou une éraillure des fibres du diaphragme ou même à travers une des ouvertures naturelles de ce muscle. L'éraillure musculaire qui favorise le développement de ces déplacements est susceptible d'occuper un point quelconque du diaphragme; les hernies acquises, toutefois, siègent de préférence dans la partie gauche de ce muscle, circonstance que nous expliquons facilement la présence du foie dans la partie droite de l'abdomen.

Les tumeurs de cette nature sont toujours pourvues d'un sac à collet large et sans épaissement notable; comme dans la variété précédente, il se trouve constitué par le péritoine et la plèvre intimement accolés. Dans un cas rapporté par BARTH, le sac était formé par l'adossement de la plèvre et du péricarde.

L'estomac, le côlon, l'épiploon, la rate, l'intestin grêle et le foie sont par ordre de fréquence les viscères que l'on a rencontrés dans ces déplacements. La présence d'une portion plus ou moins considérable de l'estomac est commune, celle du foie exceptionnelle.

Dans le mécanisme de la formation spontanée, nous devons faire intervenir le rôle joué par les hernies graisseuses. Celles-ci ont un lieu d'élection fixe, elles se développent presque toujours en arrière de l'appendice xyphoïde, favorisées par l'existence d'un espace triangulaire où les fibres musculaires sont souvent défaut et qui est rempli à l'état sain par du tissu cellulaire graisseux assez lâche. « Une masse adipeuse rétro-péritonéale s'insinue entre les mailles de cette couche, pénètre dans le médiastin antérieur, entraînant à sa suite le péritoine qui forme un sac tout prêt à recevoir les viscères abdominaux » (CRUVEILHIER).

Hernies traumatiques. — En étudiant les plaies et ruptures du diaphragme, nous avons fait observer que les solutions de continuité de cet organe n'avaient aucune tendance à guérir spontanément; nous avons ajouté que si le chirurgien n'intervenait pas il persistait un orifice à bords calleux dans lequel tôt ou tard les viscères abdominaux finissaient par pénétrer. Contrairement aux précédentes, ces hernies ne renferment jamais de sac. Une seule observation due à ROBERT (*Thèse de Paris*, 1880) semble prouver qu'il peut en être autrement. Les viscères qui pénètrent dans la cavité thoracique par ces ouvertures sont : l'estomac, le côlon transverse, l'épiploon, l'intestin grêle. L'étranglement paraît une terminaison fréquente dans cette dernière variété.

Symptômes. Diagnostic. — Les petites hernies diaphragmatiques passent facilement inaperçues; dans plusieurs observations elles n'ont été découvertes qu'à l'autopsie. Celles qui sont plus volumineuses donnent lieu à tout un ensemble de signes physiques, de symptômes fonctionnels du côté de la poitrine et de l'abdomen. Dans quelques hernies congénitales il existe une déformation du thorax et parfois un affaissement de la paroi antérieure de l'abdomen; mais en général l'aspect physique ne fournit aucun indice sérieux.

La percussion révèle fréquemment une sonorité exagérée à la base du thorax; l'auscultation, moins fidèle, permet de constater tantôt une simple dimi-

nution du murmure vésiculaire, tantôt un bruit de borborygmes, des gargouillements. Enfin, en imprimant quelques secousses au patient on entend un bruit de flot, de succussion sans ægophonie.

Presque tous les malades accusent de la douleur, rarement ils sont d'accord sur le siège et l'intensité de leurs souffrances; de là, selon les auteurs, les interprétations les plus diverses. Ainsi DUGUET localise les douleurs au niveau de l'appendice xyphoïde, FOUCRAS en arrière du sternum, RUSCH à l'épigastre, THOMPSON à l'ombilic. Relativement à leur intensité, les souffrances sont passagères ou permanentes, lancinantes ou sourdes, reviennent par crises puis disparaissent pendant quelques semaines, parfois elles sont exaspérées par la pression.

Divers troubles gastriques ont été notés; ils varient depuis cet état que l'on qualifie vulgairement de digestion difficile jusqu'aux vomissements. L'ingestion des aliments agit différemment suivant les cas, tantôt elle augmente, tantôt au contraire elle diminue la douleur. Notons enfin une soif ardente qui, d'après BOURSIER, serait signalée par la majorité des chirurgiens anglais ou américains.

Ces hernies sont d'un pronostic très sérieux, car, indépendamment des accidents précédemment mentionnés, elles peuvent s'étrangler.

Traitement. — L'existence d'une hernie diaphragmatique étant reconnue, il faut prévenir le malade des dangers auxquels l'expose cette lésion, et lui recommander d'éviter les travaux pénibles, les cris, les efforts, etc.

En présence d'une hernie diaphragmatique étranglée la conduite du chirurgien nous semble parfaitement indiquée; il devra faire la laparotomie, dégager le viscère hernié, aviver les bords de l'orifice diaphragmatique puis les réunir par des sutures. L'abdomen sera ensuite nettoyé et fermé suivant les règles ordinaires. Nous avons vu, en parlant des plaies du diaphragme (Voy. t. II, p. 880), que GUTHRIE conseillait une intervention semblable dans les hernies traumatiques.

CHAPITRE VI

OCCLUSION INTESTINALE ET ANUS CONTRE NATURE

§ 1^{er}. — Occlusion intestinale

SYNONYME. — Volvulus. — Iléus. — Coliques de miserere. — Étranglement interne. — Passion iliaque. — Invagination. — Obstruction.

Bibliographie. — BORDENAVE, *Acad. royale de chir.*, 1779. — DUCROS, *Arch. gén. de méd.*, 1838. — PARISE, *Bull. de l'Acad. de méd.*, et *Rev. médico-chir.*, 1851. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1855. — BUCQUOY, *Soc. méd. d'observ.*, 1857. — E. BESNIER, *Mém. sur les étranglements internes*, Paris, 1860. — HOUEL, *Ibid.*, Paris, 1860. — GAY (JOHN), *Intest. Obstruct. by invagin.*, in *Trans. of Med. Sciences*, London, 1862. — FOURNIER et OLIVIER, *Soc. de biologie*, 1867. — TILLAUX, *Bull. de thérap.*, 1870.

HESLOP, *The Lancet*, 1872. — FAUCON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873. — LEICHTENSTERN, *Pragervierteljahrschrift der Prakt. Heilk.*, t. CXVIII et CXIX, 1873, 1874. — HUTCHINSON (J.), *Med. Chir. Trans.*, 1874 et 1875. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1876 et 1879. — *Discussion de la Soc. de chir.*, 1879 (POLAILLON, LE FORT, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, LE DENTU, VERNEUIL, DESPRÉS). — BOUILLY, *Entérectomie et Entérorraphie*, in *Revue de chir.*, t. 1^{er}, 1882. — E. BECKEL, *cod. loc.*, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — MORGAN, *Brit. Med. Journ.*, 1883. — BOUILLY, *Gaz. méd. de Paris*, 1883. BOUILLY et ASSAKY, *Rev. de chir.*, 1883. — SCHRAMM, *Arch. f. klin. Chir.*, 1884 (Bibliogr. très étendue). — A. CAHN, *Guérison de l'iléus par le lavage de l'estomac*, in *Berl. klin. Wochens.*, 1884 et *Bull. de thérap.*, 1885. — BOUDET (de Paris), *Congrès de Copenhague 1884 et Progrès médical 1885*.
Thèse de Paris. — 1830, BONNET. — 1835, DURAND. — 1853, RIEUX. — 1854, SAVOPOULO. — 1857, E. BESNIER, DESWATINES, MASSON. — 1858, BAYON. — 1860, MONY, PLANQUE. — 1862, CAZIN. — 1865, HENROT. — 1869, DEMARIÉ, PALOIR. — 1870, CHARPENTIER. — 1871, SAUZÈDE. — 1872, DELAPORTE, DOLIGER. — 1873, PINGUET, MÉNARD. — 1875, RICHARD. — 1878, BELLON, BULTEAU, RAFFINESQUE. — 1880, PEYROT (Agrég., Bibliogr.).

Définition. — Toutes les fois que, par une cause quelconque, le cours des matières fécales se trouve interrompu entre le pylore et l'anus, on dit qu'il existe une occlusion intestinale. Les occlusions qui siègent dans la région ano-rectale ne sauraient rentrer dans notre cadre, leur étude trouvera mieux sa place dans le chapitre des maladies du rectum.

Division. — Les obstacles de toute nature qui peuvent entraver le cours des matières intestinales ont été classés de bien des manières par les auteurs. Parmi ces différentes divisions nous suivrons celle qu'a adoptée PEYROT; elle nous paraît simple et en rapport avec les nécessités de la thérapeutique.

Cet auteur répartit les causes de l'obstruction en quatre groupes.

1 ^o Occlusions par vices de position de l'intestin.	} Invagination. Volvulus. Torsion. Coudures. Brides. Diverticules.
2 ^o Occlusions par compression de l'intestin.....	
	} Étroites. { Anneaux accidentels. Hernies internes, etc. Tumeurs diverses. Larges. { Adhérences étendues. Corps étrangers divers. Polypes. Masses fécales, etc.
3 ^o Occlusions par obturations de l'intestin.....	
4 ^o Occlusions par rétrécissements de diverses natures.	

I. Vices de position de l'intestin. — a. *Invagination.* — On appelle invagination la pénétration d'une partie de l'intestin dans une autre partie. Généralement c'est le bout supérieur d'une anse intestinale qui, se repliant à la manière d'un doigt de gant qu'on fait rentrer en lui-même, tombe dans la partie avec laquelle il se continue inférieurement (*invagination interne, intussusception*, fig. 42) Exceptionnellement, au contraire, la partie supérieure