

me consulter pour une tumeur semblable à celle décrite ci-dessus, et située dans la grande levre du côté droit. Elle était un peu moins volumineuse que la précédente. Elle descendait, pendant l'attitude verticale, et rentrait dans l'abdomen, quand la malade était couchée sur le dos; elle se dilatait par la toux, et devenait beaucoup plus tendue pendant la défécation. La malade attribuait cette tumeur à une chute qu'elle avait faite d'un cabriolet, chute dans laquelle elle reçut à l'hypogastre un coup qui fut suivi, peu de temps après, de l'apparition de la tumeur.

Je prescrivis l'usage d'un petit pessaire en éponge dans le vagin; depuis cette époque, cette malade n'est pas revenue me consulter.

Quand cette espèce de hernie est réductible, on peut prévenir son développement ultérieur et l'empêcher de devenir incommode, soit en faisant porter un bandage de femme, soit, ce qui est préférable, le bandage pour la chute du rectum. Elle est trop distante du vagin pour qu'on puisse facilement en empêcher le retour par l'usage d'un pessaire, à moins que celui-ci ne soit très-volumineux. Cependant ce n'est que l'emploi d'un pessaire qui puisse offrir des chances de guérison; car aucun autre appareil ne peut amener l'oblitération de l'orifice ou du collet du sac.

A l'état d'irréductibilité, on ne peut retirer

d'avantages que de l'emploi constant d'un bandage tendant à en prévenir le développement ultérieur.

Lorsque cette hernie s'étrangle, le chirurgien se plaçant du côté malade, embrasse la tumeur avec les doigts, la pousse avec douceur et régularité contre le côté interne de la branche de l'ischion. A raison de l'extensibilité des parties à travers lesquelles la hernie descend, je pense que ces efforts seront couronnés de succès dans le plus grand nombre des cas. S'il en était autrement, il faudrait recourir à la saignée, aux bains chauds, aux lavemens de tabac, et renouveler ensuite les tentatives de réduction.

Si la hernie ne peut être réduite, et si les symptômes d'étranglement persistent, il faut pratiquer l'opération qui, bien que difficile, est cependant loin d'être impraticable.

Cette opération consiste à faire une incision dans la grande levre, afin de mettre à nu la partie inférieure de la tumeur; le sac herniaire étant ouvert avec précaution, et l'intestin étant mis à nu, un bistouri caché doit être dirigé en haut dans le sac, ayant pour guide le doigt préalablement introduit dans le vagin. L'incision du collet du sac doit être faite directement en dedans vers le vagin. Il faut avoir soin de vider la vessie, avant d'opérer, et même avant de faire les premières tentatives de réduction.

**HERNIE VAGINALE.**

Ceux qui ont l'habitude des accouchemens doivent nécessairement avoir observé cette maladie plus fréquemment qu'un chirurgien qui se livre à la pratique ordinaire. Néanmoins j'ai eu l'occasion d'observer dans ma pratique quelques cas de cette espèce.

Observation 324. — Une femme, âgée de vingt ans, et qui n'avait jamais eu d'enfans, me consulta à l'occasion d'une tumeur qui faisait saillie dans le vagin.

La malade étant placée sur le dos, les épaules un peu élevées, je pratiquai le toucher dans cette attitude; je sentis un peu au-dessus de la vulve, une tumeur dont le volume était égal à celui d'une petite bille de billard. Cette tumeur siégeait à la partie postérieure du vagin, mais un peu à gauche. Elle était élastique, et nullement douloureuse au toucher. Une compression modérée la faisait rentrer facilement, mais elle se reproduisait par la toux. Quand la malade se plaçait sur les genoux, la tumeur devenait plus tendue, et beaucoup plus volumineuse qu'auparavant. Pendant la toux, la tumeur se dilatait comme cela a lieu dans les autres hernies, mais ici l'accroissement était proportionnellement beaucoup plus considérable.

Après cet examen, ayant fait reprendre à la malade le décubitus sur le dos, je réduisis la tumeur complètement, en tenant les doigts appliqués pendant près d'une demi-minute sur la partie postérieure du vagin. Ayant ensuite porté les doigts plus haut dans le vagin, au-dessus du siège de la tumeur et près de l'orifice utérin, j'exerçai une pression sur le vagin vers le rectum, je prescrivis à la malade de tousser, et la tumeur ne se reproduisit pas. Les doigts étant maintenus dans la même place, et la pression étant continuée, j'engageai la malade à se lever, et tant que la pression fut maintenue, la hernie ne reparut pas. Mais immédiatement après que les doigts eurent été retirés, elle se reproduisit aussi volumineuse qu'auparavant.

Cette hernie avait pour effets habituels, chez cette malade, de la rendre incapable de pren-

dre beaucoup d'exercice, et par conséquent de pourvoir aux besoins de son existence. Toutes les fois, en effet, qu'elle se livrait à un exercice forcé, elle éprouvait une sensation de chute intérieure, de déplacement en bas (bearing down), comme si quelque chose allait crever à travers la partie.

Je prescrivis à cette malade l'usage d'un pessaire. Mais n'ayant point suivi ce conseil, elle continua à éprouver les mêmes inconvéniens.

La hernie vaginale se forme dans l'espace compris entre l'utérus et le rectum; lieu dans lequel s'engagent les intestins. Cet espace est fermé en bas par le péritoine qui forme un cul de sac en se réfléchissant de la partie postérieure du vagin sur la partie antérieure du rectum; entre ce cul de sac péritonéal et le périnée, se trouve un tissu cellulaire lâche. La pression de l'intestin sur cette partie du péritoine la déprime en bas, vers le périnée, mais plus tard étant arrêté dans sa marche ultérieure en ce sens, elle presse contre le vagin et pousse en avant la paroi postérieure de ce conduit.

Quelquefois cette hernie est déviée sur le côté, et produit une tumeur à la partie latérale du vagin, au lieu de la produire sur la partie postérieure de ce conduit membraneux.

Quand on dissèque cette hernie, on trouve d'avant en arrière, 1° la paroi postérieure du vagin;

2° un feuillet du péritoine;

3° Enfin, l'intestin contenu dans le sac péritonéal, entre le vagin et le rectum.

Je dois reconnaître ici que je n'ai jamais disséqué cette hernie sur le cadavre, et la description que j'en donne n'est fondée que sur la structure anatomique des parties. La première fois que j'ai réfléchi sérieusement à cette variété de hernie, j'étais étonné qu'elle ne s'observât pas très-fréquemment. Les intestins grêles, en effet, plongent toujours dans le bassin, et le repli péritonéal est trop faible pour pouvoir supporter une pression considérable. Je pense que le motif pour lequel cette hernie est rare proportionnellement

aux autres, c'est l'obliquité du bassin, obliquité qui est défavorable à sa production (1).

Dans l'attitude verticale aussi bien que dans l'attitude assise, les intestins retombent par leur poids plutôt sur la symphyse du pubis et sur la vessie, que sur la partie postérieure du vagin : or, exerçant ainsi une pression sur la partie antérieure du bassin, ils repoussent l'utérus contre le rectum, et ferment ainsi l'espace qui se formerait entre ces deux viscères si cette pression n'existait pas; aussi, sans la direction oblique du bassin, cette maladie serait-elle très-fréquente.

Je citerai à l'appui de ce qui vient d'être dit une expérience que j'ai faite sur le cadavre d'une femme qui avait succombé quelques jours après la délivrance : ayant engagé les doigts à la partie postérieure du bassin, derrière l'utérus, je trouvai qu'il m'était possible de déprimer vers le périnée, le cul-de-sac péritonéal compris entre l'utérus et le rectum.

D'après ce qui avait lieu dans le cas précédent, aussi bien que dans ceux qui m'ont été communiqués par mon ami le docteur Sims, et que je vais rapporter, il est évident que ces hernies renferment l'intestin et qu'elles sont formées d'une manière exclusive par ce dernier; car bien que l'épiploon ait assez de longueur pour atteindre dans cette partie du bassin, il est cependant habituellement situé en-

tre les intestins et la paroi antérieure de l'abdomen.

*Observation 325.* — Une jeune fille de 17 ans, entra à l'hôpital de Guy pour une tumeur du vagin, que l'on croyait être un prolapsus de la matrice.

Ayant examiné cette malade, je trouvai une tumeur située immédiatement au-dessous du méat urinaire, refoulant à travers la vulve la paroi antérieure du vagin. En faisant pénétrer le doigt pour reconnaître l'état du museau de tanche, j'exerçai une compression sur la tumeur, et au moment même l'urine s'écoula soudainement, puis la tumeur devint flasque.

Cette circonstance me détermina à pousser plus loin l'examen, et alors je reconnus qu'il y avait immédiatement au-dessous du méat urinaire une tumeur de couleur rouge, vermeille, faisant proéminer la paroi antérieure du vagin à travers la vulve. Cette tumeur avait deux pouces de largeur et un pouce et demi de hauteur. J'exerçai sur elle une compression, et l'urine s'écoula immédiatement; j'engageai la malade à uriner, et la tumeur devint complètement flasque, tandis que le jour suivant, lorsque l'urine se fut accumulée de nouveau, la tumeur avait repris son volume ordinaire.

(1) L'attitude verticale et les efforts des muscles abdominaux ainsi que du diaphragme, en pressant les viscères contre les issues du bassin, semble très-propre à produire fréquemment des hernies pelviennes. Mais un fascia d'une grande résistance protège ces ouvertures contre la formation des hernies. C'est cette circonstance qui rend l'espèce des hernies dont il s'agit ici, rares même chez la femme.

Ce fascia pelvia paraît se continuer avec le fascia iliaca, et particulièrement avec la partie de ce fascia qui reçoit l'insertion du petit psoas. M. Cloquet en a donné dans ses recherches une description prise sur la nature, et qui paraît très-exacte; passant dans le bassin à la partie supérieure duquel il est attaché, ce fascia forme un large cul-de-sac qui soutient le péritoine de tous les côtés, ne laissant d'ouvertures que pour les divers organes.

En arrière, vers la base du sacrum se trouve une ou deux ouvertures pour les vaisseaux ilio-lombaires; et souvent on voit une arcade tendineuse très-prononcée, s'étendant de la base du sacrum jusqu'au corps de la dernière vertèbre lombaire et au dernier disque inter-vertébral; au-dessous de cette arcade passe le cordon lombo-sacré.

Dans la même région, au niveau de l'échancrure sciatique, le fascia pelvia présente une ouverture pour le passage des vaisseaux fessiers; il descend ensuite au-devant du muscle pyramidal et du sacrum. Il est difficile de le suivre en cet endroit, parce que, à raison des nombreuses ouvertures qu'il présente, il prend un aspect aréolaire. Il forme une espèce de réseau fibro-celluleux, entrelacé avec les vaisseaux et les nerfs hypogastriques.

Au-dessus des os pubis, il se continue avec la partie fibreuse du canal crural et il est perforé par les vaisseaux circonflexes iliaques.

Au-dessous des os pubis, il couvre le muscle releveur de l'anus et forme une arcade fibreuse, qui est distincte de l'ouverture que présente à la partie supérieure le ligament sous-pubien, pour le passage des vaisseaux obturateurs. Atteignant ensuite le fond de la cavité du bassin, il tapisse le releveur de l'anus auquel il est étroitement uni, pour se fixer sur les côtés du rectum, ainsi que de la vessie chez l'homme et du vagin chez la femme.

De cette manière, ce fascia supporte le péritoine, et fortifie la paroi inférieure de l'abdomen. Quant aux ouvertures qu'il présente pour le rectum, la vessie et le vagin, ces ouvertures se conçoivent mais n'existent pas réellement. Du moins en ce sens, que les adhérences que ce fascia contracte avec ces viscères sont telles, qu'elles rendent difficile une dissection complète de ces ouvertures.

En suivant l'anion de ce fascia avec ceux qui tapissent les autres parois de l'abdomen, on verra que cette cavité est enveloppée dans tout son pourtour, par un large sac aponévrotique, dont la force, l'épaisseur et les connexions varient dans les diverses régions. On verra que ce sac fibreux fournit un soutien plus ou moins solide au péritoine, et qu'il est percé de nombreuses ouvertures pour le passage des nerfs, des vaisseaux, etc. C'est à travers ces ouvertures que le péritoine s'échappe dans les diverses espèces de hernies que nous étudions maintenant.

A. K.

Le docteur Haighton, qui examina ce cas, constata les mêmes résultats.

La malade resta quelques semaines à l'hôpital, mais je ne pus trouver aucun moyen de la guérir de cette infirmité.

*Observation 326, communiquée par le docteur John Sims.* — Une dame avait une hernie de la même espèce que la précédente. Cette hernie faisait proéminer la paroi antérieure du vagin, et était située au-dessous du méat urinaire.

Les pressions exercées sur la tumeur déterminaient l'écoulement de l'urine, et la tumeur devenait flasque. Cette maladie est due probablement au relâchement de la portion de péritoine qui se réfléchit de la vessie sur l'utérus, relâchement qui permet à la vessie de fléchir sous le poids des circonvolutions intestinales.

*Observation 327, communiquée par M. John Sims.* — Madame P\*\*\*, âgée de 30 ans, portait une tumeur à la partie postérieure du vagin. Cette tumeur descendait entre le vagin et le rectum, et repoussait en avant le premier de ces conduits; la nature de la maladie était restée douteuse pour les médecins qui avaient été consultés, mais le docteur Sims reconnut ses véritables caractères à la présence de matières fécales solides, qu'il parvint à distinguer dans l'intérieur de la tumeur. Il fit administrer un lavement, à la suite duquel la tumeur devint

molle, et céda à une pression qu'il exerça sur elle.

Quoique la tumeur fût très-volumineuse, elle ne mit point obstacle à ce que cette dame eût des enfans, mais elle éprouvait une sensation de descente (*bearing down*) très-pénible, toutes les fois qu'elle prenait de l'exercice, en sorte que l'exercice lui est maintenant devenu tout-à-fait impossible.

Le symptôme qui vient d'être mentionné, s'est retrouvé chez toutes les malades que le docteur Sims a vues atteintes de la même affection.

Quand cette hernie est réductible, on doit prescrire aux malades de porter un pessaire, pour en prévenir le retour.

*Observation 328, communiquée par M. Sims.* — Une dame, âgée d'environ 25 ans, consulta le docteur Sims, pour une hernie située à la partie postérieure du vagin. Cette hernie rendait tous les mouvemens très-difficiles, et s'opposait à tout exercice, lorsque la malade ne portait pas un pessaire.

On employa d'abord des morceaux d'éponge pour prévenir la descente de la hernie, mais ce moyen étant insuffisant, la malade fut obligée de porter un pessaire en forme de globe, et réussit parfaitement à faire cesser la malaise et la sensation de pesanteur, dont elle se plaignait auparavant.

## HERNIE PÉRINÉALE.

Chez l'homme, cette hernie descend entre le rectum et la vessie. Chez la femme, elle est placée entre le rectum et le vagin.

Elle descend jusqu'à la peau du périnée, mais elle ne fait pas saillie, de manière à former une tumeur à l'extérieur.

Son existence, chez l'homme, ne peut-être reconnue d'une manière certaine pendant la vie, que par l'exploration à travers le rectum.

Chez la femme, elle peut être sentie à la fois, et par le rectum et par le vagin.

Dans un cas que j'ai examiné, le péritoine qui, dans l'état naturel, se réfléchit de la partie postérieure de la vessie sur la partie antérieure du rectum, était refoulé en bas par les organes qui s'étaient déplacés. Mais la peau ne paraissait pas avoir cédé, de manière à faire tumeur à l'extérieur.

L'extrémité inférieure du sac herniaire, était placée au-devant de l'anus.

La prostate était située immédiatement au-devant du sac.

Le fond de la vésicule séminale, était placé sur la partie latérale du sac, son sommet était situé au-devant.

La vessie recouvrait environ un pouce trois quarts de la partie extérieure de la hernie.

L'orifice du sac était à deux pouces et demi au-dessus du niveau de l'anus.

Cet examen a été fait sur un sujet qu'on avait apporté pour les dissections.

L'existence de cette tumeur, aurait pu sans doute être reconnue pendant la vie, par l'introduction du doigt dans le rectum; mais dans l'état de réductibilité, ou d'irréductibilité, tout ce qu'on aurait pu faire, eût été d'apporter un soulagement temporaire, en vidant la tumeur, quand elle exerçait sur le rectum une pression trop forte.

Si cette hernie venait à s'étrangler, on pourrait exercer sur elle une compression à travers le rectum, et peut-être parviendrait-on à réduire l'intestin: je ne sache pas que cela ait jamais été pratiqué.

*Observation 329*, extraite des *Chirurgical observations de M. Bromfield*, p. 264. — Un enfant, âgé de 6 à 7 ans, me fut confié pour que je lui fisse l'opération de la taille.

Dans les tentatives pour introduire le cathéter dans la vessie, j'éprouvai une résistance produite par la pierre qui semblait être logée dans la partie membraneuse de l'urètre, ou un peu plus bas dans le col de la vessie.

Je fis l'incision ordinaire aux tégumens et aux muscles, pour arriver à la cannelure du cathéter; je poussai alors la lame du bistouri dans la cannelure vers l'extrémité du cathéter, dans l'intention de diviser seulement la partie membraneuse de l'urètre et une petite portion de la prostate, si toutefois je venais à entamer cette glande.

En explorant les parties avec les doigts, je sentis que le corps dur logé dans la portion membraneuse de l'urètre était un prolongement du calcul qui, depuis le corps de la pierre renfermée dans la vessie, s'étendait jusque dans le point indiqué.

Je pris donc un double gorgéret dépourvu de lame tranchante, me proposant seulement pour but de repousser en arrière le calcul et de dilater le col de la vessie, ce que je fis en portant le bec du gorgéret dans la cannelure du cathéter, et en pressant contre la pointe du calcul de manière à suivre avec l'instrument le même trajet que la pierre à mesure qu'elle reculait dans la vessie.

Mais je fus alarmé de la direction que prit le gorgéret, car il remontait sous les os pubis avec une grande obliquité, ce qui me porta à conclure que l'instrument avait fait fausse route, attendu que dans cette circonstance je n'avais plus pour guide la cannelure du cathéter au-delà de la portion membraneuse de l'urètre, mais en retirant en partie le gorgéret, j'introduisis l'indicateur de ma main droite dans la vessie, en suivant la face inférieure de l'instrument qui restait dans la vessie.

Cette exploration me convainquit bientôt que j'étais bien dans la vessie, dont la situation était beaucoup plus élevée dans le bassin que d'habitude.

J'introduisis alors les tenettes; mais pendant que je cherchais le calcul il se présenta, un peu au-dessous de mes tenettes, une vésicule mince, diaphane, ressemblant à une hydatide, et qui, dans les efforts qui accompagnaient les cris de l'enfant, creva tout-à-coup

et laissa écouler une sérosité claire comme de l'eau qui serait projetée par une seringue. Les cris s'étant renouvelés, il s'échappa une quantité considérable des intestins grêles.

Malgré cet embarras imprévu, je continuai l'opération avec une grande tranquillité, ayant la conscience que cet événement extraordinaire n'était dû à aucune faute dans l'opération; mais il se présentait une grande difficulté, c'était de tenir les intestins hors des mors de la tenette quand je ferais de nouvelles tentatives pour saisir le calcul. Ajoutez à cela que l'extraction de ce dernier devait présenter les plus grands obstacles à cause de la situation non ordinaire de la vessie chez ce sujet.

La partie inférieure du gorgéret étant maintenue dans la vessie, les tenettes y furent introduites de nouveau sans difficulté. Une fois ce temps de l'opération terminé, je refoulai avec les doigts de la main droite les intestins en arrière, tandis qu'avec la main gauche je soutenais la tenette. J'engageai alors un aide à repousser en haut les intestins pendant que j'attirais le calcul.

Mais pendant que cette laborieuse extraction s'effectuait, les intestins furent de nouveau repoussés en dehors au moment des cris de l'enfant. Néanmoins, comme j'étais sûr d'avoir la pierre dans les tenettes, je continuai l'extraction, qui s'acheva facilement.

Avant d'introduire une seconde fois le gorgéret ordinaire pour faire pénétrer de nouveau les tenettes dans la vessie, je fus obligé de refouler encore les intestins, et je priai l'aide de les retenir jusqu'à ce que j'eusse saisi une seconde pierre, dont je fis également l'extraction.

Je répétais les mêmes manœuvres pour un autre calcul qui, d'après sa forme, me parut être celui qui se trouvait dans le col de la vessie.

Lorsque je me fus assuré, au moyen des doigts, que la vessie ne contenait plus aucun calcul, je réduisis de nouveau les intestins dans le bassin, et je rapprochai étroitement l'une de l'autre les cuisses de l'enfant, j'appliquai sur la plaie de la charpie sèche, que je recouvris avec une compresse enduite de digestif.

Le malade fut ensuite replacé dans son lit; contre notre attente la nuit fut bonne, et il était parfaitement bien au bout d'une quinzaine de jours, sans que la marche de la guérison eût été entravée par aucun accident grave et sans que les intestins, une fois réduits, eussent descendu de nouveau à travers la déchirure du péritoine.

Après que l'incision aux tégumens et aux muscles eut été faite comme à l'ordinaire, il parut dans la plaie une tumeur formée par la portion du péritoine qui s'étend de la région latérale gauche de la vessie et du rectum jusqu'au point où le péritoine s'attache au côté interne de l'os innominé gauche. C'est au moyen de cette attache que la portion de péritoine dont il s'agit, fait, dans l'état naturel, l'office d'un ligament qui s'oppose à ce que

l'intestin grêle ne descende trop bas dans le bassin. Aussi, dans le cas qui vient d'être rapporté, cette expansion du péritoine, supportant de jour en jour une extension plus considérable, devait avoir été repoussée hors de sa situation naturelle au point de permettre aux intestins de retomber jusque dans le fond du bassin, entre la vessie et le rectum.

C'est pour cela que lorsque le soutien offert par la peau et les muscles eut été enlevé par le fait de l'opération, le péritoine fut refoulé avec force, et se remplit d'abord seulement de sérosité, ce qui lui donna l'apparence d'une hydatide; mais n'étant pas capable, à cause de sa minceur, de résister plus long-temps à la force des muscles qui poussaient les viscères en bas, il creva, et les intestins firent hernie à travers la déchirure.

Ceci étant une fois admis, nous pouvons facilement expliquer le trajet oblique que prit le gorgéret lorsqu'il fut introduit la première fois, parce que l'intestin avait soulevé le fond de la vessie contre la partie postérieure des os pubis, de telle sorte que la tenette ne pouvait pénétrer dans la vessie qu'en suivant une direction presque verticale; aussi fus-je obligé d'exercer avec la main sur la partie inférieure de l'abdomen, immédiatement au-dessous du pubis, une pression capable de porter la vessie assez bas pour me permettre de charger le dernier calcul.

Chez la femme, l'existence de cette maladie peut être reconnue à l'aide d'une exploration faite, soit par le vagin, soit par le rectum. La tumeur se trouvant en effet placée entre ces deux conduits, est accessible également par l'un et par l'autre.

Le docteur Marceet, médecin de l'hôpital de Guy, a lu en 1803 à la société médicale et chirurgicale de Londres, un mémoire contenant la description anatomique des lésions trouvées chez une malade qui avait passé six semaines à l'hôpital et qui, pendant la plus grande partie de ce laps de temps, avait été tourmentée par des vomissemens et de la constipation.

À l'autopsie, on trouva que l'utérus présentait un état de rétroversion, sans qu'il y eût grossesse; le fond de l'organe étant renversé dans l'espace situé entre le vagin et le rectum, avait comprimé ce dernier au point d'empêcher le passage des matières.

La préparation anatomique faite sur le cadavre de cette femme est conservée dans la collection de l'hôpital de Guy.

*Observation 330*. — Le docteur John Sims m'a raconté qu'il avait été consulté par une dame mariée depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais eu d'enfants. Sur la demande que lui en avait faite cette dame, M. Sims l'ayant examinée, trouva à la partie postérieure du vagin une tumeur qui repoussait le museau de tanche en avant. Après une pression douce, mais long-temps continuée, il parvint à faire rentrer la tumeur dans la cavité pelvienne; et le col de l'utérus reprit sa position naturelle.

Peu de temps après, cette dame devint enceinte, et, depuis cette époque, elle n'a jamais éprouvé les coliques qui la faisaient souffrir avant la réduction de la tumeur. Au reste, bien que cette réduction date déjà de quatre années, elle n'a eu qu'un enfant.

Le docteur Haighton, professeur d'accouchement à l'hôpital de Guy, m'a donné communication d'un cas de tumeur de cette espèce, descendant entre le vagin et le rectum. Quand on exerçait sur elle une pression par l'intérieur du vagin, elle faisait saillie du côté du rectum. Il y avait en même temps protrusion du vagin hors de la vulve.

Tant que la hernie périnéale est susceptible de réduction, on peut en prévenir le retour à l'aide de la compression exercée par un pessaire qui doit avoir des dimensions un peu fortes.

Cette hernie, ainsi que la hernie vaginale, peut donner lieu à des dangers, pendant la gestation.

Observation 331. (extraite de l'ouvrage de Smellie, intitulé Cases of midwifery, 8° p. 132, observ. 5°.) — Smellie fut appelé auprès d'une femme qui, cinq semaines environ avant le travail, avait vu qu'une tumeur de cette espèce, jusque là réductible, augmentait à un point tel, qu'elle était devenue en ce moment tout à fait irréductible.

Smellie trouva la malade dans un état de profonde anxiété; la tumeur était livide, sa circonférence offrait une teinte d'un rouge vif. La malade était couchée sur le côté, et lorsqu'on la plaça sur le dos, pour examiner la tumeur, celle-ci se rompit à sa partie moyenne, lieu dans lequel la peau était très-amincie. Cette ouverture donna issue à environ une cuillerée de pus, mêlé avec du sang, et ensuite à un liquide clair, de couleur grisâtre, qui sortit en quantité d'une demi-pinte. La malade s'écria que l'intestin était remonté et qu'elle n'éprouvait plus aucune douleur.

Elle se rétablit, atteignit le terme de sa grossesse, et fut accouchée par M. Tomkins.

Quelques mois après sa délivrance, elle vit le docteur Sims qui reconnut que la hernie s'était réduite, et que la plaie paraissait solidement cicatrisée, bien qu'un léger ichor continuât à suinter par une petite fistule.

Cinq mois après cette époque, la hernie se reproduisit, et comme la malade était de nouveau enceinte, la hernie, pendant la durée de la grossesse, fut réduite à plusieurs reprises par un élève de Smellie qui lui-même accoucha cette femme avec succès.

Les observations 4 et 5 de l'ouvrage déjà cité de Smellie offrent un cas à peu près semblable.

Observation 332. — La seule tentative de ce genre fut faite à la fin de la grossesse, et le résultat fut négatif. Cette opération, faite à la fin de la grossesse, n'eut aucun succès; mais il est évident qu'elle était irréductible, puisqu'il n'y avait pas de tumeur au moment de l'opération.

### HERNIE DU TROU OVALE.

A la partie antérieure et supérieure du trou ovalé, existe une ouverture assez considérable pour le passage d'un nerf, d'une artère et d'une veine.

Cette ouverture est quelquefois si incomplètement remplie par les vaisseaux et le nerf, qu'elle laisse échapper une portion de l'épiploon et de l'intestin, chassant au-devant d'eux une portion du péritoine qui tapisse la cavité du bassin.

Observation 332. — La préparation anatomique du seul cas de cette espèce que j'aie observé, se trouve dans la collection de l'hôpital St-Thomas. Dans ce cas, le sac herniaire était tellement petit, que j'hésitai d'abord à le faire dessiner. Mais quand je réfléchis que le danger des hernies est assez habituellement en raison directe de leur peu de volume, et que ce petit sac indique, aussi bien qu'un grand, la position de la hernie; en outre, quand je songeai que, selon toute probabilité, cette hernie acquiert rarement un grand volume, il me sembla que ce cas méritait d'être noté.

Cette hernie existait chez un homme, et fut observée par hasard en faisant la préparation d'une hernie inguinale du même côté.

Le collet du sac, à sa partie antérieure, se trouvait en rapport immédiat avec le pubis, dans les trois quarts de sa circonférence. Ce collet était entouré par le ligament sous-pubien. La partie du sac opposée au collet, était placée au-dessous du court adducteur et de l'attache supérieure du pectiné.

Le volume de la portion de sac herniaire placée dans l'épaisseur de la cuisse, n'excédait pas le volume d'une muscade.

L'artère obturatrice et le nerf étaient situés en arrière du collet du sac, et un peu à son côté interne.

Dans un mémoire de Garengot (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie), se trouve la description suivante, donnée d'après Duverney :

Observation 333. — Il trouva dans le bassin d'une femme qu'il disséqua, deux portions d'intestin qui avaient repoussé le péritoine à travers la partie supérieure du trou ovalé, des

deux côtés, et qui formaient deux tumeurs, chacune du volume d'un œuf, entre les extrémités supérieures du triceps de chaque côté. Et, comme ces tumeurs intestinales n'étaient cependant pas assez proéminentes pour déterminer le refoulement de la graisse et de la peau qu'elles recouvrait, on n'apercevait aucune saillie au dehors. (p. 714, t. 1.)

Plusieurs cas de cette maladie sont rapportés dans le même mémoire.

Il faut que cette tumeur ait acquis un volume considérable pour qu'on puisse l'apercevoir à l'extérieur; mais quelquefois elle acquiert un volume énorme.

Observation 334. — Garengot rapporte l'observation d'une femme qui, après une chute, sentit une douleur extrêmement violente à la partie supérieure de la cuisse droite, près de la grande lèvre, douleur accompagnée de vomissemens qui persistèrent pendant trois jours. Quand Garengot examina la malade, il trouva une tumeur à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, séparée de la vulve par une largeur d'un doigt environ, et ayant cinq ou six pouces de longueur. Ayant fait élever le bassin et les genoux, et exerçant avec la main, sur la tumeur, une pression de bas en haut, il réduisit l'intestin, et la tumeur disparut. La malade sentit au même instant une sensation de gargouillement dans le ventre.

Tous les symptômes cessèrent aussitôt, et la malade eut une évacuation par l'anus, un demi-quart-d'heure après. (Mém. de l'Acad. roy. de chir. t. 1, p. 709.)

Quand cette hernie est réductible, le bandage le plus propre à prévenir son retour est celui que j'ai décrit pour la hernie crurale volumineuse, avec cette seule différence que l'extrémité de la pelotte doit être plus épaisse, afin de pénétrer plus profondément dans la cuisse.

Quand cette hernie est étranglée, si les moyens conseillés pour les autres hernies échouent, la seule ressource qu'on ait pour sauver la vie du malade, consiste à débrider le ligament qui embrasse le sac. Cette opération doit être extrêmement difficile, et il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait jamais été pratiquée.

*Observation 335.* — La seule tentative de ce genre qui ait, je crois, jamais été faite, est celle qui a été mentionnée dans un mémoire déjà cité de M. Malaval, qui, ayant été appelé pour une jeune fille atteinte d'une hernie du trou ovale, parvint à réduire l'intestin, mais ne put réduire l'épiploon. Ce chirurgien conseilla à la malade d'aller trouver M. Arnaud qui fit l'opération suivante :

L'intestin fut d'abord réduit; ensuite une incision fut faite à la peau et à la graisse, jusqu'au sac herniaire; celui-ci fut ouvert, et on y trouva une portion d'épiploon du volume d'une noisette dont l'excision fut pratiquée;

on fit en même temps l'excision d'une portion du sac, et la portion restante fut refoulée en haut entre les insertions des adducteurs.

Cette opération, ajoute l'auteur, fut couronnée de succès; mais il est évident qu'elle était entièrement inutile, car, puisqu'il n'y avait pas d'étranglement, un bandage aurait pu suppléer à l'opération.

Si, dans le cas d'étranglement, on venait jamais à pratiquer l'opération pour cette hernie, on devrait débrider le ligament sous-pubien à la partie interne, à cause de la situation de l'artère épigastrique.

## HERNIE VÉSICALE.

Cette variété de hernie doit être assez rare, relativement aux autres espèces de hernies. Je n'en ai vu, pour mon compte, que deux exemples sur le vivant; mais deux autres fois, j'ai été assez heureux pour trouver l'occasion d'en faire la dissection.

Je dois la première de ces occasions à M. Maiden et la seconde à M. Hallam, qui eut l'obligance de me procurer la permission d'examiner le cadavre d'un malade qu'il avait soigné pendant long-temps. Cet individu s'était souvent plaint d'une hernie que M. Hallam, après un examen attentif et d'après la nature des symptômes, reconnut pour une hernie de la vessie.

Les symptômes propres à cette espèce de hernie sont les suivants :

Elle présente les mêmes vicissitudes de volume que les autres hernies; mais ce n'est pas la position du corps qui exerce le plus d'influence sur l'accroissement ou la diminution de volume de la tumeur, c'est l'accumulation de l'urine dans la vessie ou l'évacuation de ce liquide hors de son réservoir. Ces variations de volume, toutefois, ne sont pas toujours appréciables, parce que la vessie, lorsque le malade urine, ne peut pas toujours évacuer la totalité du liquide qu'elle renferme. En effet, la portion du viscère qui est contenue dans le bassin se vide, il est vrai, complètement; mais la portion contenue dans le scrotum reste distendue, comme avant la sortie de l'urine. Aussi, les sujets atteints de cette maladie, sont-ils quelquefois dans la nécessité d'élever le scrotum et de le comprimer, pour faire refluer ce qu'il renferme dans la portion pelvienne de la vessie. C'est pour eux le seul moyen de faire passer la totalité de l'urine à travers le canal de l'urètre.

Cette évacuation imparfaite de la vessie, à laquelle sont exposées les personnes atteintes de cystocèle, donne lieu à un autre symptôme incommode, c'est un besoin très-fréquent d'uriner. En effet, la portion de vessie renfermée dans le scrotum, quand elle est incomplètement vidée, éprouve un sentiment de distension continue ou fréquemment renouvelée. Elle se contracte sur ce qu'elle renferme et donne au malade un besoin fréquent d'uriner et détermine ainsi les symptômes de l'irritabilité de la vessie.

La sensation qu'éprouve le chirurgien d'une tumeur fluctuante, dans le scrotum peut donner

le soupçon d'une hydrocèle ordinaire. A ce sujet, je ferai observer que, dans un cas que j'ai examiné, la tumeur n'offrait pas de transparence. Cette circonstance peut donc, ainsi que les symptômes énoncés ci-dessus, suffire au chirurgien pour distinguer ces deux maladies l'une de l'autre.

*Observation 336.* — Cette observation a pour sujet un malade de M. Maiden. J'avais été fréquemment appelé pour voir ce malade, qui avait une hernie ventrale qui s'était étranglée, et dans mes efforts pour la réduire, je découvris par hasard qu'il y avait en même temps une cystocèle inguinale. Comme ce malade avait déjà atteint un âge avancé, je prévis un de ses parens qu'indépendamment de sa hernie ventrale ce malade portait une autre hernie incurable dont il était à désirer que la nature pût être constatée à l'autopsie.

Le malade étant mort au bout de quelques années, j'emportai la hernie et les parties environnantes pour les disséquer avec soin.

*Autopsie.* — On trouva à droite une hernie inguinale volumineuse qui descendait jusque dans la partie inférieure du scrotum; en enlevant les tégumens, on trouva le fascia du cordon et le crémaster étalés sur la tumeur: tous deux avaient subi un accroissement de densité. Ces diverses couches étant enlevées, on aperçut le sac. Celui-ci était formé par le péritoine comme dans la hernie inguinale ordinaire, et présentait le même aspect que dans cette hernie.

Lorsque le sac eut été ouvert, l'intestin et l'épiploon se présentèrent. Le sac dans lequel ils étaient contenus, était complet, et la portion de vessie contenue dans le sac, restait encore cachée. J'insufflai alors la vessie par l'urètre, dans l'intention de distendre ce réservoir, et immédiatement après cette insufflation, la vessie commença à se gonfler, non-seulement dans la portion contenue dans le bassin, mais encore dans celle que renfermait le scrotum. Cette distension put être poussée jusqu'au point de faire acquies à la portion de vessie déplacée le volume d'un œuf d'autruche.

La portion de vessie qui était déplacée, était cachée derrière le sac péritonéal, à la partie postérieure duquel elle adhérait étroitement par sa surface antérieure.

En arrière, elle était unie au scrotum et à la