

est trop souvent employé dans le cas de hernie obturatrice étranglée : il l'est par erreur de diagnostic ; il est évident que lorsque le diagnostic est établi il ne saurait être conseillé, et devrait céder le pas à la simple herniotomie. Cependant l'opération directe peut échouer. Ainsi nous n'avons pas pu, dans deux cas, libérer l'anse étranglée, et nous avons dû passer par l'abdomen et dégager par des tractions l'intestin serré énergiquement.

### VIII. — HERNIE LOMBAIRE.

La hernie lombaire est celle qui se produit en un point quelconque de la région lombaire. Mais on ne peut dire que son siège soit compris entre la dernière côte et la crête iliaque d'une part, la masse sacro-lombaire et le bord postérieur du muscle grand oblique de l'abdomen d'autre part, parce que les insertions de ce dernier muscle peuvent se rapprocher plus ou moins de la colonne vertébrale et que d'ailleurs de véritables hernies lombaires se sont faites au travers de lui.

**Historique.** — La meilleure étude qui ait été faite de cette question est dans le mémoire du baron Larrey à l'Académie de médecine en 1869. La première observation avait été publiée en 1731 par Garengéot. Avant lui, Barbette, en 1672, et Renaulme de la Garenne, en 1726, avaient signalé la possibilité de hernies dans la région lombaire. J.-L. Petit fait de cette affection une si bonne description en 1738 qu'elle porte son nom. Le travail d'ensemble le plus important est celui de Grynfeldt en 1866. La thèse de Billeton en 1869, celle de Rigordin en 1872, le travail de Braun en 1879, le travail inaugural de Romanes en 1882, contiennent d'importantes données sur cette affection. Macready (1) réunit, en 1890, 25 cas de hernies lombaires spontanées. Tucker (2) rapporte une belle observation de hernie lombaire traitée avec succès par la cure radicale.

**Anatomie pathologique.** — Jusqu'en 1866 on regardait le triangle de J.-L. Petit comme le siège précis de cette sorte de hernie ; rappelons que ce triangle est limité en bas par la crête iliaque, en arrière par le bord antérieur du grand dorsal, en avant par le bord postérieur du grand oblique, que son aire est occupée par l'aponévrose postérieure du transverse et le petit oblique. Mais Grynfeldt vint démontrer qu'un autre orifice existait pour l'issue de la hernie lombaire : c'était un triangle plus haut placé que celui de J.-L. Petit, et limité en haut par la dernière côte et le bord du muscle petit dentelé postérieur et inférieur, en arrière par le bord antérieur du muscle carré des lombes, en avant par le bord postérieur du muscle petit oblique ;

(1) MACREADY, *The Lancet*, 1890.

(2) TUCKER, *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1893.

l'aire de ce triangle est occupée par l'aponévrose postérieure du transverse, qui est perforée par la dernière intercostale aortique. Ce triangle, bien différent de celui de J.-L. Petit, porte le nom de Grynfeldt ou encore de *triangle lombo-costo-abdominal*. Mais, indépendamment de ces deux points faibles de la paroi abdominale postérieure, on a pu voir d'autres trajets pour la hernie lombaire : Braun en a vu se faire dans un orifice creusé dans les insertions tendineuses du grand dorsal sur la crête iliaque et consécutif lui-même à un abcès qui aurait suivi et agrandi les points de passage des rameaux venus des deuxième et troisième paires lombaires.

Grange (1), qui a réuni dans sa thèse 45 observations de hernie lombaire, n'a trouvé que 20 fois la mention de l'orifice de sortie. Le plus souvent c'était vers les deux principaux triangles, mais aussi la hernie pouvait se frayer un passage en tout autre point. Ainsi, le triangle de Petit en était le siège 9 fois, celui de Grynfeldt 2 ; une anomalie congénitale de la paroi en était la cause 3 fois ; 1 fois la hernie se formait par une ouverture au travers du grand dorsal, 2 fois à travers les muscles grand oblique, petit oblique et transverse, 2 fois par une ouverture résultant de la nécrose d'une portion de la crête iliaque ou de son échancrure, 1 fois dans une cicatrice de blessure.

**Étiologie.** — La hernie congénitale est celle qui est due à un arrêt de développement de la paroi : elle est rare ; sur 45 cas, Grange la note 5 fois. Lorsqu'elle apparaît chez l'enfant, elle est le plus souvent consécutive à un abcès par congestion. Si la hernie peut apparaître spontanément, elle succède le plus souvent à un coup, à un traumatisme ; la grossesse, les efforts, l'adipose, une ancienne cicatrice y prédisposent : c'est à l'âge adulte qu'on l'observe surtout ; elle est à peu près aussi fréquente à droite qu'à gauche ; très rarement elle est bilatérale.

**Symptômes. — Diagnostic.** — Dans les cas typiques, la hernie lombaire se manifeste par une tumeur molle, réductible, avec gargouillement et, dans ce cas, sonore. Cependant elle peut être irréductible et mate ; on peut alors la confondre avec d'autres affections de cette région, telles que des hernies musculaires, des collections sanguines ou purulentes : ainsi Dolbeau incisa une de ces hernies, croyant être en présence d'un abcès. Sa malade eut une fistule stercorale dont elle guérit. Les symptômes fonctionnels consistent en des gênes et des malaises que fait cesser la réduction de la tumeur.

Cette hernie s'étrangle rarement : sur 45 cas, Grange n'a trouvé cet accident que 5 fois ; il faut en effet remarquer que l'intestin proprement dit n'a que peu de tendance à s'engager dans la paroi abdominale postérieure et que la pesanteur l'entraîne plutôt en des régions

(1) GRANGE, thèse de Lyon, 1896.

opposées à cette paroi; c'est ce qui explique que les hernies lombaires soient très fréquemment des épiplocèles et des hernies graisseuses. Cependant elles peuvent arriver à acquérir un volume énorme, et Tucker a vu un cas où une hernie double lombaire et inguinale contenait tout l'intestin grêle, le cæcum, l'estomac et une partie du colon ascendant. Monra a rencontré les deux reins dans deux hernies lombaires réductibles chez un enfant de six mois.

**Traitement.** — La hernie lombaire est le plus souvent réductible, et alors elle peut guérir par le port d'un bandage spécial. Mais c'est la cure radicale qui devra être, dans cette région comme ailleurs, la méthode de choix, sauf contre-indications fournies par l'âge et la santé du malade; deux fois cette opération a été faite avec succès, entre autres une fois par Tucker.

Quant aux accidents d'étranglement, ils doivent être traités par la kélotomie, sans s'attarder au taxis. L'intervention a fourni deux guérisons en pareille circonstance (1).

#### IX. — HERNIES PÉRINÉALES.

Les hernies périnéales ont été étudiées par Scarpa surtout, qui, en 1823, publia un mémoire dans les *Archives de médecine*; il rappelle les anciennes observations de Pipelet sur les hernies intermusculaires de la vessie, de Méry, de Smellie, de Garengot, de Papen et Bosc. Richter avait signalé, en 1789, que ces hernies qui font ou non saillie autour de l'anus se forment par une fente dans le releveur entre le rectum et la vessie. Quoique mises en doute par Chopart et Desault, ces hernies au travers d'une fente musculaire furent admises comme possibles par Sabatier. En 1838, après Scarpa, Cooper sépare ces hernies des hernies du cul-de-sac de Douglas; Lawrence en donne à son tour une bonne description, et Boyer admet la possibilité de leur production entre le releveur et le sphincter externe. Signalons les travaux de Jacobsen, Hager, Walter, Wolf. Ebner, en 1887, en a donné une bonne description et a réuni une soixantaine d'observations. Boccard y consacre un chapitre (2).

Il convient de séparer, dans la description, les hernies périnéales de l'homme des hernies périnéales de la femme.

**1° Hernies périnéales de l'homme.** — On a peine au premier abord à concevoir que des hernies puissent se faire à travers une région anatomique solide comme l'est le plancher du bassin, formée d'une superposition de muscles et d'aponévroses résistantes, dépour-

(1) Pour la bibliographie, consulter la thèse de Grange, Contribution à l'étude de quelques variétés de hernies rares au point de vue de leur siège, thèse de Lyon, 1896.

(2) WOLF, thèse, 1880. — EBNER, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1887, B. XXVI, p. 48. — BOCCARD, thèse de Lyon, 1895.

vues d'orifices larges pour le passage de vaisseaux et de nerfs, comme cela existe dans les véritables régions herniaires. Ici, les vaisseaux sont petits, sans revêtement de tissu cellulaire lâche; ils sont au contraire adhérents à leur voisinage. Seul un point faible: c'est la région où le périnée n'est formé que du releveur de l'anus et de tissu cellulaire, et c'est en effet ici que se font la plupart des hernies périnéales.

On pourrait les distinguer en hernies périnéales antérieures et hernies périnéales postérieures, la ligne ischiatique établissant la ligne de séparation entre les deux variétés.

a. La plus belle observation de *hernie périnéale antérieure* chez l'homme a été rapportée par Pipelet: un homme déjà atteint d'une hernie inguinale droite fit une chute et éprouva une douleur au périnée qui se renouvela après un effort fait pour sauter un fossé; le malade ne pouvait plus uriner qu'en se penchant en avant et en pressant sur son périnée. Là était une tumeur comme un œuf de poule, molle, dépressible, et dont la compression amenait l'émission d'urine. Elle était réductible à travers un orifice situé près du repli périnéal vers le bord droit de l'urètre.

C'est donc la vessie que l'on trouve dans les vraies hernies périnéales antérieures, et cet organe peut être accompagné ou non d'anses intestinales. Mais pour arriver à la réalisation de cette ectopie, il faut une modification profonde de la région périnéale, telle que celle qui résulte d'une chute, d'une cicatrice consécutive à une opération, de suppuration, ou bien de déchirures produites par des efforts.

b. Les *hernies périnéales postérieures* sont plus fréquentes: elles se produisent au niveau du cul-de-sac de Douglas, et de là elles peuvent descendre et rester dans le périnée postérieur, ou bien passer, en allant d'arrière en avant, dans le périnée antérieur. Le cul-de-sac recto-vésical est très développé chez l'enfant, d'après les recherches de Kölliker, Brischer et Zuckerkandl; il peut conserver parfois ses dimensions exagérées, et alors il en résulterait une vraie anomalie congénitale qui le ferait s'insinuer entre les fibres du releveur de l'anus.

Témoin, par exemple, le fait de Scarpa: un homme avait une hernie périnéale; à l'autopsie, le sac n'adhérait pas à la peau; les fibres du releveur de l'anus étaient écartées les unes des autres, et formaient des faisceaux autour du collet de la hernie. C'est au travers de fissures analogues à celle que Scarpa a constatée que se font les hernies périnéales postérieures; elles siègent dans le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien, et peuvent avoir une origine accidentelle ou bien congénitale. Ebner les a particulièrement étudiées: sur 60 sujets, il a remarqué, sur 25 d'entre eux, 47 fentes dans les muscles releveur et ischio-coccygien; il est vrai que dans ce chiffre il n'y avait que 7 cadavres d'hommes; d'autre part, il a vu des fentes entre l'ischio-coccygien et le coccyx, et c'était 21 fois chez l'homme; les deux variétés de fentes musculaires existaient donc à la fois sur un

certain nombre de sujets. Pour cet auteur, les hernies antérieures seraient celles qui se font entre le releveur et l'ischio-coccygien, et les postérieures celles qui se produisent en arrière de l'ischio-coccygien : elles apparaissent en arrière de l'ischion.

Cependant la fissure musculaire n'existe pas toujours : le cul-de-sac de la hernie s'insinue et glisse dans les interstices cellulograisieux de la région à la façon des collections purulentes, et le tissu cellulaire qui est au-dessous du sac communique avec la graisse qui entoure le rectum et comble le creux ischio-rectal; aussi la hernie peut-elle s'y engager. C'est ce qu'a bien constaté Ebner, qui a vu une hernie intermusculaire de la paroi antérieure du rectum, avec, de chaque côté, un sac herniaire du creux ischio-rectal. Par ce trajet, la hernie arrive sur les côtés ou en arrière du rectum, ou bien encore elle passe entre les fibres du sphincter externe et forme une tuméfaction à la marge de l'anus.

**Mécanisme.** — La cause prédisposante est la profondeur du cul-de-sac de Douglas. Pour Scarpa, il faudrait deux causes : l'allongement du mésentère, le relâchement de ce cul-de-sac; les anses de l'iléon descendent alors en grande masse dans le cul-de-sac et l'insinuent dans la cloison recto-vésicale. Tant qu'il est au-dessus de l'aponévrose, la hernie n'est qu'à l'état de pointe et n'apparaît pas au périnée; pour qu'elle s'y révèle par une saillie, il faut une rupture musculaire. On conçoit que la rupture de quelques fibres du releveur et de l'ischio-coccygien produise la hernie, car le plancher du bassin n'offre alors qu'une résistance insignifiante à la presse abdominale.

Si nous nous en rapportons aux faits publiés par Ebner, on voit que cette hernie est plus fréquente entre quarante et soixante ans qu'entre dix et vingt, que par conséquent la variété acquise l'emporte sur la variété congénitale. C'est en effet l'effort qui en est le plus souvent la cause déterminante, et c'est brusquement, à la suite d'une chute, plutôt que petit à petit, que la tumeur herniaire apparaît. C'est en enjambant un fossé pour faire passer un enfant que le malade de Scarpa se fait sa hernie; celui de Hemo était tombé sur le périnée, celui de Pipelet avait glissé.

**Symptômes. — Diagnostic.** — Nous connaissons le siège de cette hernie qui est entre l'ischion et l'anus; son pédicule remonte dans le périnée; son volume varie de la dimension d'un œuf de poule à celle d'une tête de fœtus: cela dépend de la quantité d'intestin qui y est contenue; elle a la forme d'une poire; molle, rénitente, tantôt sonore, tantôt mate, elle se réduit presque constamment; la marche, la station debout la font augmenter, tandis que le repos horizontal la fait disparaître. Enfin elle se gonfle dans l'effort et la toux.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils sont des plus variables, et

ce sont les signes physiques surtout qui empêcheront toute confusion avec les autres tumeurs du périnée.

**Pronostic. — Traitement.** — Cette hernie n'est véritablement grave que si elle s'étrangle, auquel cas il est nécessaire d'opérer comme en toute autre région. Mais on n'a pas fait jusqu'ici la cure radicale de cette hernie, et lorsqu'on l'a reconnue, on s'est contenté de la maintenir avec des bandages spéciaux (fig. 112). Chez l'homme, on peut se servir d'un simple bandage en T.

**2° Hernies périnéales de la femme (1).** — Ces hernies sont plus fréquentes que chez l'homme. Elles comprennent les hernies de la grande lèvre, qui correspondent aux hernies périnéales antérieures

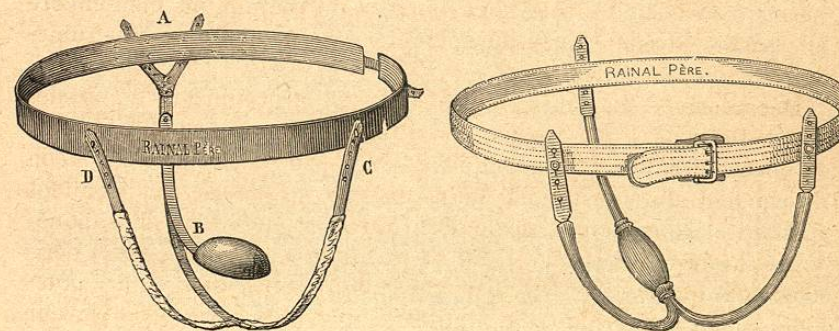


Fig. 112. — Bandage pour hernie périnéale chez l'homme.

du sexe masculin, et les hernies rétro-utérines ou du cul-de-sac de Douglas qui sont les homologues des hernies périnéales postérieures.

**A. Hernies de la grande lèvre.** — C'est dans la moitié inférieure de la grande lèvre qu'on les rencontre. « Cette hernie, dit A. Cooper, est facile à distinguer de la hernie inguinale de la grande lèvre. En effet, elle n'a pas de communication avec l'anneau inguinal et ne détermine aucune tuméfaction dans la partie supérieure de la grande lèvre. La tumeur occupe à peu près le centre de celle-ci et s'étend au côté interne de l'ischion dans la cavité du bassin. On la sent comme une boule dans l'épaisseur de la grande lèvre, et, si l'on introduit un doigt dans le vagin, on reconnaît qu'elle s'étend dans la cavité pelvienne, entre le vagin et l'ischion, vers l'utérus, où l'on cesse de la percevoir. »

Avant lui, Hartmann avait communiqué la relation de la dissection d'une de ces hernies qui contenait la vessie. Méry, en 1713,

(1) MICHELSON et LUKIN, *Centralbl. für Chir.*, 1879. — GAILLARD THOMAS, *The New York med. Journ.*, 1885. — ZUCKERKANDL, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1891. — JONATHAN MACREADY, *A Treatise on Ruptures*. London, 1893. — REID, *Glasgow med. Journal*, 1894. — MASSE, *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 1895. — P. BERGER, *Congrès franç. de chir.*, 1896.

dit quelques mots d'une hernie qui se produit entre la partie inférieure de la grande lèvre, la marge de l'anus et l'ischion. Smellie observe deux fois cette hernie ; Papen et Bosc l'appellent *hernie vaginale* ; Scarpa l'a rencontrée chez une vierge et chez une femme enceinte.

Tous ces auteurs l'appellent *hernie vulvaire* : elle apparaîtrait pendant la grossesse, ou pendant le travail, et la tuméfaction caractéristique de la grande lèvre serait précédée par une douleur violente. Verdier l'aurait vu disparaître après l'accouchement.

Pour la plupart de ces auteurs anciens, cette hernie serait constituée par la vessie. La pression sur elle aurait provoqué l'émission d'une certaine quantité d'urine ; molle, réductible, elle a un pédicule qui passe derrière l'ischion, où le doigt qui la comprime peut la suivre : elle augmente par les efforts et rentre dans le décubitus. Il est vrai qu'à côté de la vessie cette hernie peut contenir aussi des anses intestinales. Voici comment on explique la cystocèle : la vessie peut prendre une forme bizarre chez les femmes enceintes, qui ont des déviations de l'utérus. Elle s'étale en forme de fer à cheval autour du vagin, en poussant une série de diverticules. Si le vagin a des parois solides, elle glisse entre lui et l'ischion, et vient jusqu'au niveau de la grande lèvre. Quant à l'entéroccèle, elle résulte de la possibilité pour le cul-de-sac de Douglas de s'insinuer entre les fibres du releveur de l'anus et du constricteur de la vulve ; et lorsque l'entéroccèle existe seule et primitivement, il s'agit alors de formes congénitales de hernie de la grande lèvre. Ce sont des cas de cette seconde catégorie qu'ont décrit Zweifel, Ebner, Berger (1), chez des jeunes filles.

Cette hernie postérieure de la grande lèvre s'appelle encore *hernie vagino-labiale*, ou encore *puddental hernia*. Pour la comprendre dans son mécanisme, on n'a qu'à se reporter à la pathogénie des hernies périnéales de l'homme (Voy. p. 803).

Il ne faudra pas la confondre avec les tumeurs liquides de la grande lèvre.

Celles-ci débutent insidieusement, d'une façon obscure : elles ont la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure, dont le pédicule est voisin du pénis. La hernie laisse libre au contraire cette région. Et il ne faudrait pas davantage la confondre avec la bartholinite, qui est irréductible, et sans pédicule du côté du bassin.

B. *Hernies rétro-utérines*. — C'est à la profondeur insolite du cul-de-sac de Douglas que sont dues ces hernies. Supposons que le péritoine à ce niveau perde peu à peu de sa résistance et se laisse refouler par les viscères, comme par exemple sous l'influence d'une exsudation abondante. Après la résorption du liquide, les anses de l'intestin peuvent s'y engager. Ces hydrocèles de la cloison recto-

(1) BERGER, *Congrès franç. de chir.*, 1895.

vaginale existent réellement. Péan, par exemple, en a rapporté un cas en 1863, à la Société de chirurgie : Une femme cardiaque présentait une volumineuse tumeur qui soulevait la paroi vaginale postérieure, arrivait au périnée et écartait les grandes lèvres l'une de l'autre. La pression la faisait disparaître. Ce n'était pas une rectocèle, puisque le doigt introduit dans le rectum ne s'engageait pas en se repliant en avant dans l'épaisseur de cette tumeur : l'autopsie montra une cavité ovoïde, tapissée par le péritoine, qui communiquait en haut avec le grand péritoine par un orifice arrondi.

Si l'intestin descend dans le cul-de-sac ainsi augmenté de dimension, il peut fuser avec lui dans le tissu cellulaire avoisinant sous l'influence d'efforts. König et Schlesinger ont montré que ce tissu cellulaire se continue avec le tissu cellulaire de toute l'excavation pelvienne : il s'insinue dans la cloison recto-vaginale. Dans son épaisseur peuvent d'ailleurs se développer des lipomes qui entraînent en descendant le cul-de-sac péritonéal (Masse).

Cette hernie a un caractère propre : elle fait saillie au périnée après avoir passé au travers des fentes du releveur de l'anus et de l'ischio-coccygien. Son volume varie ; occupant d'habitude l'intervalle compris entre l'ischion, la vulve et l'anus, elle peut s'étendre dans la vulve, sur les côtés de l'anus ou jusque dans la fesse.

Lorsqu'elle reste dans la cloison recto-vaginale, elle peut se porter soit en avant du côté du vagin dont elle refoule la paroi postérieure vers la paroi antérieure : c'est alors l'*élytroccèle* ; soit en arrière du côté du rectum, en déprimant la paroi antérieure de celui-ci : dans ce cas, elle s'appelle *hédrocèle* (Zuckerkanndl).

Berger (1), analysant les divers cas connus et un cas personnel, en distingue deux formes différentes : « Les unes, dit-il, sont pédiculées ; elles ont un sac péritonéal pourvu d'un orifice plus ou moins étroit, par lequel elles s'abouchent dans le cul-de-sac de Douglas ; elles doivent être traitées par une véritable opération de cure radicale. Les autres sont constituées par la protrusion de toute la paroi vaginale postérieure refoulée en avant par l'intestin qui distend le cul-de-sac de Douglas anormalement développé. Elles se prêtent mal à la cure radicale et ne réclament d'ailleurs l'intervention que lorsque l'augmentation de leur volume et la participation de l'utérus entraîné dans la procidence deviennent la cause d'une gêne notable. Les opérations qui ont pour effet d'empêcher le prolapsus utérin de se produire et d'empêcher la hernie de franchir l'orifice vulvaire en rétrécissant et en fortifiant ce dernier, peuvent en pareil cas rendre de bons services. »

A la première forme distinguée par cet auteur, nous rangerons les faits d'étranglement herniaire qui ont été observés en semblable

(1) P. BERGER, *Congrès franç. de chir.*, 1896.

occurrence. Témoin celui de Pétrundi : une femme de quarante ans fut prise de douleurs intestinales très vives avec phénomènes de gastrite avec constipation et troubles de la miction. Au toucher, l'utérus était dévié en antéversion par une tumeur oblongue, qui descendait au milieu de la face postérieure du vagin : elle était fluctuante, on crut à un abcès, et on l'ouvrit par le vagin. Un flot de sérosité sanguinolente, fétide, s'échappa, et l'épiploon gangrené apparut à la vulve.

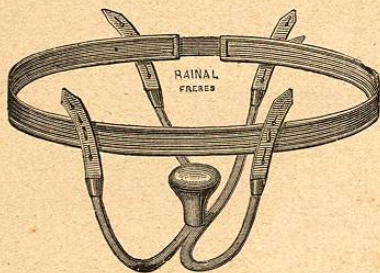


Fig. 113. — Bandage pour hernie périméale chez la femme.

Une erreur qui conduit à la mort de l'opérée consiste à prendre cette hernie, lorsqu'elle est pédiculée, pour un polype du vagin et à l'exciser comme telle. Seul, Gaillard Thomas a, de propos délibéré, traité une hernie de cette catégorie qui pendait à travers la vulve jusqu'au milieu des cuisses; il fit la laparotomie médiane, et retourna le sac en l'inva-ginant après réduction de son contenu; le fond du sac, repoussé, vint sortir par l'incision de l'abdomen et fut fixé à ce niveau par des sutures. Cette conduite paraît digne d'être imitée.

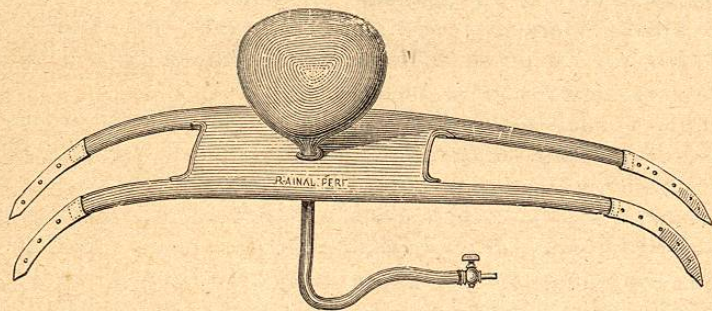


Fig. 114. — Bandage pour hernie vaginale.

Reid, dans un cas de grosse hernie utérine non pédiculée, a fait ce qu'avait déjà proposé Huguier; il a ouvert la cavité de la hernie et excisé la plus grande partie de sa surface en réunissant les bords de la plaie résultant de cette excision. Dans un cas analogue, Berger a préféré employer un moyen détourné, en réduisant le prolapsus par l'hystéropexie et en soutenant la hernie du cul de-sac de Douglas par la colporrhaphie postérieure.

Masse (1) a montré que ces hernies ne sont pas trop dangereuses

(1) MASSE, Hernie périméale et lipome préherniaire. (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1895).

au moment de l'accouchement : celui-ci s'est fait très simplement chez une femme qui portait une volumineuse hernie périméale avec lipome sous-séreux, et n'a pas amené les complications qu'indiquaient Smellie, Baker et Young. On peut se servir des bandages représentés figures 113 et 114.

#### X. — HERNIE ISCHIATIQUE.

Il s'agit ici de la plus rare de toutes les hernies. Nivet, qui a réuni en 1837 les cas de hernies observés à la Salpêtrière pendant une période de dix ans, n'a pas eu l'occasion de la rencontrer, et les statistiques de Malgaigne, si importantes et si consciencieuses, n'en signalent pas. La littérature médicale n'en contient guère que 18 exemples.

C'est Papen qui publia en 1750 la première observation. C'était une femme de cinquante ans, qui portait à la fesse une volumineuse tumeur qui descendait jusqu'à la jambe.

Jones, d'après Cooper, aurait vu un homme qui était atteint d'une hernie de la fesse et qui mourut rapidement avec des hoquets et des troubles de l'intestin. Verdier a observé un cas semblable à celui de Papen. Au cours d'une dissection, Camper trouve une hernie ischiatique chez une femme. Chez un malade observé par Lassus, et porteur d'une tumeur grosse comme le poing en arrière et en bas du bassin, les uns firent le diagnostic de lipome, les autres celui de hernie. Olivar (de Santiago), a une fois rencontré, d'après Malgaigne, une hernie obturatrice compliquée de hernie ischiatique. Schreger s'est trouvé deux fois en présence de hernie congénitale : une fois c'était une tumeur arrondie, vers le côté droit de l'anus, élastique, qui s'ulcéra et mit à nu l'intestin; une autre fois, en présence d'une tumeur ronde, pédiculée, irréductible, il pensa à un kyste et trouva une hernie. Une petite fille, nouveau-né, avait une tumeur comme le poing sur la fesse droite : Meinel (1) l'ouvrit, fit sortir du liquide et vit une anse intestinale. L'enfant succomba. Un homme de trente-trois ans a, dans la fesse droite, une tumeur réductible et molle, qui descend jusqu'à mi-cuisse : Knüppel la ponctionne, elle disparaît. Plus tard on trouve seulement la poche avec du liquide. Schillbach (2) a vu mourir avec des signes d'étranglement une femme qui avait une hernie ischiatique. A l'autopsie, c'était l'ovaire qui était hernié.

Crosse (3) diagnostiqua une hernie ischiatique occasionnée par un effort. Chenieux en 1870 rapporte (4) un cas de hernie ischiatique de l'ovaire. Wassilieff étudie cette question (5) en 1891, Schwab

(1) E.-A. MEINEL, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1849, p. 116.

(2) SCHILLBACH, *Jenaische Zeitschrift für Medizin und Naturwissenschaft*, Leipzig, 1869.

(3) CROSSE, *Dublin med. Journ.*, 1873.

(4) CHENIEUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1870.

(5) WASSILIEFF, *Revue de chir.*, 1891.