

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.

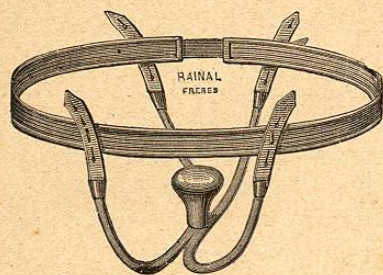


Fig. 113. — Bandage pour hernie périméale chez la femme.

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.

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).

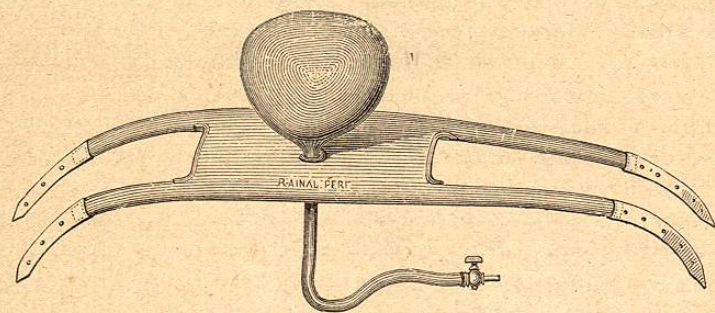


Fig. 114. — Bandage pour hernie vaginale.

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.

écrit à ce sujet un important mémoire. Kousmine fait allusion aux hernies ischiatiques de l'ovaire (1). Nous-même avons rencontré 2 cas en opérant des myxomes de la fesse, et Bocard (2) a consacré d'intéressantes pages à la hernie ischiatique.

Anatomie pathologique. — Il est nécessaire de rappeler ici quelques détails d'anatomie normale.

L'échancrure sciatique est divisée en deux orifices, l'un supérieur, l'autre inférieur, par les ligaments sacro-sciatiques : l'orifice supérieur est limité en haut par le rebord osseux de l'échancrure, en bas par le bord supérieur du grand ligament, en dedans par les bords du sacrum et en dehors par l'arcade osseuse ; l'orifice inférieur est compris entre le bord inférieur du grand ligament d'une part et le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique d'autre part. L'orifice supérieur est divisé lui-même en deux par le muscle pyramidal. Au-dessus de ce muscle sortent les vaisseaux et nerfs fessiers ; au-dessous les vaisseaux et nerfs honteux internes qui contournent l'épine sciatique et rentrent dans le bassin par l'orifice inférieur de l'échancrure sciatique. Pour Wassilieff, ces orifices servent de passage aux diverses variétés de hernies ischiatiques. Il y a la variété *sus-pyramidale*, qui se fait au-dessus du muscle de ce nom au contact du paquet vasculo-nerveux fessier ; la variété *sous-pyramidale*, qui passe au-dessous du muscle, et la variété *sous-épineuse*, qui est entre les deux ligaments. Dans la première, le collet du sac est en rapport en haut avec l'arcade osseuse, en bas et en dehors avec le pyramidal, en dedans avec l'artère fessière. C'est donc en bas qu'il faudrait débrider en cas d'opération nécessaire pour faire la réintégration, puis la fermeture. Pour la hernie sous-pyramidale, le collet répond en haut au bord inférieur du muscle pyramidal, en bas au bord supérieur du grand ligament sacro-sciatique, en dehors au paquet vasculo-nerveux honteux interne, aux vaisseaux ischiatiques et au nerf sciatique. C'est *en dedans* qu'ici il faudrait agrandir l'orifice de la hernie. Enfin, dans la variété sous-épineuse, le sac confine en haut au bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, en bas au bord supérieur du petit, en dehors à l'arcade osseuse, qui est recouverte par le tendon de l'obturateur et qui est côtoyée par les vaisseaux honteux internes et ischiatiques ; c'est encore en dedans qu'il faudra débrider.

Lorsque la hernie s'est produite par l'un de ces trois orifices, elle ne peut guère se porter que vers la fesse et la cuisse, et ne s'agrandit que de ce côté. Elle ne peut en effet s'étendre en haut et en avant, à cause des insertions solides du grand fessier à l'os iliaque et à l'aponévrose lombaire, à cause de celle du petit et du moyen fessier à cet os et à l'aponévrose qui les enveloppe et va du bord supérieur du

(1) SCHWAB, *Arch. de méd.*, 7^e série, t. XXX, p. 34, juillet 1892. — Kousmine, *Revue de chir.*, 1895.

(2) BOCCARD, *Étude sur les hernies du plancher du bassin*, thèse de Lyon, 1895.

grand fessier au fascia lata, à cause du grand trochanter et des tendons qui s'y insèrent. Elle ne peut se développer en arrière et en dedans, à cause de l'absence de tissu cellulaire à la marge de l'anus, à cause de l'enchevêtrement des fibres musculaires qui s'y insèrent. Ainsi limitée, la hernie descend naturellement, sollicitée par son poids, au contact du nerf sciatique, où le tissu cellulaire abonde. Elle se met au contact des muscles, les transforme parfois en masse dure (cas de Knüppel) ou les perfore (cas de Schreger). Elle peut arriver au mollet comme dans le cas de Papen, ou au milieu de la cuisse (cas de Knüppel).

Quant au contenu du sac, il varie : l'intestin grêle, le gros intestin, l'épiploon y ont été rencontrés. Il en est de même de l'ovaire. Le malade de Papen, dont la tumeur allait de l'anus à la jambe, tumeur dont la forme était celle d'une bouteille, avec pédicule situé à droite de l'anus, avait dans son sac herniaire presque tout l'intestin grêle. L'épiploon, la partie inférieure du côlon, une grande partie du rectum, l'ovaire droit plein d'hydatides, et la trompe. Chez le malade de Cooper, l'iléon était descendu dans le bassin, à droite du rectum, et sortait par l'échancrure sciatique. Schreger y rencontra la vessie, formant deux poches réunies par un canal rétréci, entre le pyramidal et le jumeau. Meinel vit dans le sac des anses intestinales recouvertes de fausses membranes. Et Schillbach rencontra l'ovaire entre le grand et le petit ligament sacro-sciatique.

Étiologie. — C'est sous l'influence d'une cause traumatique, d'un effort, d'une chute, que l'intestin s'échappe par les points faibles que nous venons de mentionner. Nous serions tenté d'admettre qu'il y a alors des dispositions congénitales qui favorisent l'issue des viscères, comme du cul-de-sac du péritoine. Par suite, cette hernie peut être congénitale ou acquise. Il faut aussi à ce sujet faire jouer un certain rôle à des tumeurs qui naissent dans le tissu cellulaire des échancrures sciatiques et qui altèrent, en se portant au dehors, le péritoine voisin.

Cette hernie, qui est, nous l'avons dit, très rare, se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme, parce que, probablement, l'échancrure sciatique est plus grande chez elle ; elle se produit aussi plus souvent à droite qu'à gauche : sur 14 cas, il y en a 10 à droite.

Symptômes. — La hernie ischiatique se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, bosselée, rénitente et plus ou moins réductible. Son volume varie (nous avons dit que Papen avait vu une de ces hernies descendre jusqu'au mollet). L'effort, la toux, quelquefois la respiration influencent ses dimensions. Lorsqu'à ces signes on réunit encore le caractère de la réductibilité, le diagnostic est possible.

Les symptômes fonctionnels que cette hernie entraîne ne sont pas très sérieux : ce sont des douleurs vagues d'entrailles, sans gêne de la défécation ; cependant certains malades ont été obligés de rester couchés, et ont dû cesser le moindre exercice.

Ces hernies peuvent se compliquer d'irréductibilité et d'étranglement comme toutes les hernies connues.

Diagnostic. — Quant au diagnostic, il ne peut être fait qu'avec les tumeurs de cette région, tels que les myxomes et les lipomes, mais leur consistance est différente, leur développement plus lent, les efforts ne s'inscrivent pas sur elles, à moins cependant qu'elles ne soient doublées profondément d'une hernie qu'elles aient amenée.

Traitement. — On n'est intervenu jusqu'ici en pareille circonstance qu'à la suite d'erreurs de diagnostic, mais on peut avoir la main forcée par les accidents d'étranglement, et si l'on reconnaissait une hernie de ce genre, il faudrait lui appliquer les principes de la cure radicale de toutes les hernies. C'est alors qu'il faudra se rappeler les détails anatomiques que nous avons signalés plus haut, soit pour libérer l'orifice du sac, soit pour l'oblitérer sans danger pour le voisinage dans les

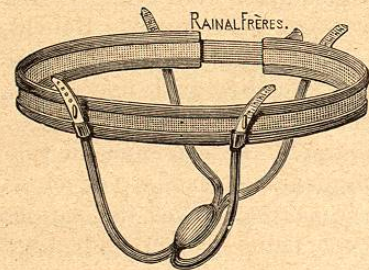


Fig. 115 — Bandage pour hernie ischiatique.

trois variétés bien différentes à ce point de vue, sus-pyramidale, sous-pyramidale, et sous-épineuse.

La hernie pourrait être maintenue, si elle est réductible, par un bandage à pelote attaché autour du bassin (fig. 115).

XI. — HERNIES DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME

(OVAIRE, TROMPE, UTÉRUS) (1).

La présence des annexes de l'utérus dans un sac herniaire n'est point rare, et cependant l'étude de cette question est toute moderne. Il faut excepter la relation du premier fait de cet ordre qui aurait

(1) HAMILTON et TERRY, *Bellevue Hospital Reports*, 1870. — ENGLISH, *OEsterr. med. Jahrbuch*, Vienne, 1871. — VIBAILLE, De la hernie de l'ovaire, thèse de Paris, 1874. — PUECH, Des ovaires et de leurs anomalies, Paris, 1873. — Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire (*Ann. de gynéc.*, nov. 1878 et juin 1879). — LANGTON, Hernie de l'ovaire (*St Barthol. Hospital Reports*, London, 1882, p. 99, 205). — BARNES, Physiologie de l'ovaire hernié (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier 1893, et *Ann. de gynéc.* Paris, 1893). — THOMAS, Hernie inguinale de l'ovaire, thèse de Paris, 1887. — BOUDAILLE, Hernie inguinale chez la femme et hernie de l'ovaire, thèse de Paris, 1890. — LEJARS, Néoplasmes herniaires (*Gaz. des hôp.*, août 1889); Hernie de la trompe de Fallope (*Revue de chir.*, janvier et février 1893). — DOR, *Lyon médical*, 1891. — MANEGA, De la hernie inguinale de l'ovaire (*Riforma medica*, février 1894). — KOUSMINE, Hernie crurale de la trompe (*Revue de chir.*, avril 1895). — ROUX, *Congrès franç. de chir.*, 1891. — DEFONTAINE, Hernie inguinale de l'utérus et des ovaires, réduction (*Arch. prov. de chir.*, mai 1895). — DE VAUCHER, Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope, thèse de Lyon, 1895.

été observé par Soranus d'Éphèse vers l'an 97 de notre ère, d'après Peyrilhe. Daremberg a traduit de la façon suivante le cas de l'auteur grec : « Or, quelques-uns, comme le prétend Chios, disent qu'il y a aussi des ligaments suspenseurs qui s'implantent sur les testicules (*testes muliebres*). Nous-même avons *de visu* vérifié ce fait par l'expérience chez une femme affectée de hernie intestinale; chez cette femme il y eut, pendant l'opération, une chute du testicule, par suite du relâchement des vaisseaux qui le retiennent et l'enveloppent, avec lesquels le ligament suspenseur s'échappa aussi. »

Le deuxième fait appartient à Louis Léger de Gouey (de Rouen), qui le publia en 1716 (1). Il faut y voir l'histoire d'une grossesse tubaire intraherniaire, d'ailleurs méconnue, et mal interprétée, comme d'autres qui ont dû échapper en assez grand nombre.

En 1813, Deneux écrivit une monographie sur ce sujet : il rapportait 12 cas, dont 9 de hernie inguinale, 1 cas personnel de hernie inguinale de l'ovaire traité avec succès, et insistait sur les difficultés du diagnostic et la nature congénitale de cette affection. Il considérait en outre la trompe de Fallope et l'ovaire comme inséparables dans les hernies qu'elles occasionnent.

En 1869, Loumagne rassemble 15 observations dans sa thèse inaugurale; il ne traite que des hernies simultanées de la trompe et de l'ovaire, néglige les hernies isolées de ces organes, et fournit les bases du diagnostic. Douze observations nouvelles sont relatées par F. Hamilton et Terry. Puis vient le travail d'Englisch, basé sur 38 hernies ovariennes, dont 27 inguinales.

C'est surtout à Puech que l'on doit une bonne étude sur cette affection. Cet auteur a publié deux mémoires, le premier en 1873, basé sur 65 observations de hernies inguinales congénitales, le deuxième en 1878 et 1879. Il donne une statistique de 34 hernies congénitales, 17 accidentelles et 17 douteuses. Entre ces deux importants mémoires avait paru, en 1874, la thèse de Vibaille.

Thomas (Paris, 1887) s'attache à un point particulier et intéressant de la question, celui de savoir s'il s'agit, chez les malades de cette catégorie congénitalement atteints, d'un testicule ou d'un ovaire.

Lejars publie, en 1889, un travail sur les néoplasmes de l'ovaire hernié, et le même auteur écrit un article sur les hernies de la trompe seule, sans l'ovaire, en 1893. Il n'a pu en recueillir que 9 cas, dont 4 de la variété inguinale. Nous-même avons opéré un cas de ce genre en 1895, que nous avons confié à de Vaucher pour la rédaction de son intéressante thèse.

L'année précédente, Manega avait apporté 5 observations de hernie inguinale de l'ovaire : une fois il y avait une entéroécèle concomitante, et les quatre autres fois la trompe sortait à côté de

(1) Léger de Gouey, La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison. Rouen, 1716.