

nales, sous l'influence de petites poussées de péritonite herniaire; l'irréductibilité est, suivant les cas, complète ou partielle.

Les grosses hernies adhérentes peuvent se compliquer de l'ulcération et de la rupture de leurs parois et notamment de la peau amincie, de rétrécissement partiel de l'intestin, d'arrêt de corps étrangers dans sa cavité, même d'ulcérations et perforations intestinales (un cas de Sappey).

La contention à l'aide d'une simple ceinture ou d'un sac formant une sorte de suspensoir est le traitement qui leur convient le mieux.

c. Hernies ombilicales étranglées. — C'est dans la hernie ombilicale volumineuse que se voient surtout ces *inflammations herniaires*, véritables pseudo-étranglements dont [nous avons eu l'occasion de parler plus haut (p. 572)]. Une grosse hernie devient douloureuse; sa tension s'accroît progressivement; si elle était réductible au moins partiellement, elle cesse de l'être. Des phénomènes généraux se montrent, généralement assez atténués : coliques, nausées et même vomissements; le malade ne va pas à la garde-robe pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures; on administre coup sur coup un, deux ou même trois purgatifs; le cours des matières se rétablit; peu à peu les douleurs cessent et tout rentre dans l'ordre; mais la hernie reste irréductible du fait des adhérences qui subsistent. Il n'y a pas eu là un véritable étranglement, mais une simple péritonite herniaire.

Cependant l'étranglement lui-même n'est pas impossible dans les grosses hernies ombilicales; il peut d'ailleurs être la conséquence de l'inflammation même qui aura donné naissance à des adhérences assez étroites ou assez multipliées pour déformer d'une manière définitive le tube intestinal, mettre obstacle au cours des matières et créer en définitive l'étranglement de la hernie. Dans ces conditions, l'étranglement offre ce caractère de se développer lentement; aussi la temporisation n'a-t-elle pas ici trop d'inconvénients. — Au contraire des hernies ombilicales peu volumineuses s'étranglent quelquefois assez rapidement.

L'agent de l'étranglement paraît être rarement le collet du sac; on le trouve en effet presque toujours mince et adhérent à l'anneau ombilical; pourtant on l'a vu épaissi, rétracté et capable de produire une striction suffisante. Le plus souvent l'étranglement serait dû à l'anneau ombilical. Nous avons signalé le rôle que jouent l'inflam-

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

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

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

CHAPITRE IV

HERNIES ABDOMINALES RARES

Les hernies inguinales, crurales et ombilicales représentent la presque totalité des hernies abdominales, 95 pour 100. Cependant le chirurgien doit être prévenu de l'existence d'un certain nombre

d'autres variétés, précisément parce qu'elles sont rares, difficiles à trouver, et que par conséquent leur étranglement méconnu pourrait en imposer pour un étranglement interne.

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

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

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

Hernie obturatrice ;
Hernie ischiatique.

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

Hernies vaginales ;
Hernies vagino-labiales ;
Hernies périnéales.

1^{re} CATÉGORIE. — HERNIES A TRAVERS LA CEINTURE MUSCULO-APONÉVROTIQUE DE L'ABDOMEN

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

Au point de vue de leur constitution, Terrier les subdivise en quatre groupes :

- 1° Hernies graisseuses simples sans participation du péritoine ou avec diverticule péritonéal infundibuliforme ;
- 2° Hernies graisseuses, entraînant elles-mêmes un sac péritonéal avec une hernie épiploïque ;
- 3° Hernies épiploïques simples, sans lipomes herniaires ;
- 4° Enfin, et plus rarement, hernies intestino-épiploïques.

L'orifice de sortie siège le plus souvent à gauche de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et présente généralement à sa partie inférieure une sorte de courbe à concavité supérieure.

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

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

Suivant Malgaigne, les hernies épigastriques se rencontreraient surtout chez les femmes, et notamment chez celles dont la paroi abdominale est chargée de graisse. Les distensions produites par les grossesses répétées, par les tumeurs abdominales, joueraient le rôle de causes occasionnelles.

Telle n'est pas l'opinion de Berger qui, sur 116 cas de hernies de la ligne blanche, en a trouvé 105 chez des hommes et 11 seulement chez des femmes.

La hernie de la ligne blanche est généralement associée à d'autres hernies. Elle a pour causes les traumatismes, et peut-être certaines dispositions anatomiques : éraillures ou affaiblissements congénitaux de la ligne blanche.

D'après Witzel elle coexisterait assez souvent avec des lésions organiques de l'estomac.

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

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

Quant au pronostic et au traitement, nous n'avons rien à dire qui

ne soit une répétition des préceptes applicables aux hernies ombilicales et à certaines hernies latérales, sur lesquels nous allons avoir à nous étendre davantage.

Hernies sous-ombilicales. — Quant aux hernies qui se produisent à la faveur des cicatrices que l'incision de la ligne blanche sous-ombilicale laisse à la suite des laparotomies, leur fréquence tend à diminuer depuis l'adoption de la suture par étages réunissant plan par plan les parties constitutives de la paroi abdominale.

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

Ce sont ordinairement des hernies traumatiques, à la suite de ruptures musculaires; on les a toujours observées dans la moitié supérieure (Duplay), ce qui tiendrait à prouver qu'elles sont plutôt la conséquence de vrais traumatismes que le résultat des ruptures musculaires pathologiques qui surviennent à la suite de fièvres longues et graves; nous savons que ces dernières siègent de préférence dans le tiers inférieur du muscle. — Dans les 4 cas cités par Duplay, 2 fois la hernie occupait une intersection aponévrotique, 2 fois elle occupait le tissu musculaire. — La hernie peut se faire simplement dans la gaine, ou bien traverser les fibres musculaires rompues.

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

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

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

Étiologie. — Les hernies latérales sont traumatiques ou spontanées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Est-elle étranglée et petite, il faut intervenir de bonne heure et recourir peut-être de préférence à la laparotomie, surtout dans les cas douteux (Terrier). — Est-elle volumineuse, on fera toujours la kélotomie; on conseillait autrefois de ne pas ouvrir le sac; Duplay a montré qu'il valait mieux l'inciser au contraire, puisque l'agent de l'étranglement siège assez souvent dans sa cavité: brides, adhérences.

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

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

L'anneau par lequel s'échappe la hernie est le plus souvent très large; la tumeur offre un volume très variable; 14 fois sur 21, elle siègeait à gauche.

C'est en somme une hernie rare. J.-L. Petit en a fait le premier une étude complète. — En 1866, Grynfeldt a publié sur elle un très bon travail dans le *Montpellier médical*. — Un *Mémoire* de Larrey en 1869 contient 23 cas dont le premier appartient à Garengoet. — Dans un travail plus récent, 1879, Braun a insisté dans les *Archives allemandes* sur le rôle de certains orifices vasculo-nerveux de la région.

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

2^e CATÉGORIE. — HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

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

On doit distinguer :

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

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

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

La plupart des hernies congénitales résultent donc d'un arrêt de

développement (thèse de Duguet, 1866); il en est cependant quelques-unes qui succèdent à une rupture ou à une éraillure congénitale, intra-utérine, du diaphragme.

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

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

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

La partie non développée du diaphragme est parfois très considérable (monstruosités); dans d'autres cas elle est plus petite et se présente sous la forme d'une ouverture *en croissant* ou *en boutonnière*. — L'origine congénitale de ces dernières a été mise en doute par Duguet. — On en connaît 15 cas, tous chez des sujets âgés de plus de dix ans.

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

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

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

2^o *Hernies traumatiques*. — Les hernies du diaphragme qui succèdent à une plaie ou à une rupture de ce muscle sont un peu plus

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

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

Dans le plus petit nombre des cas, la hernie diaphragmatique ne donnera lieu qu'à des accidents moyens, à des vomissements, des syncopes répétées, des sueurs froides, des coliques vives, de la gêne de la respiration, de la toux, et parfois à des signes physiques qui permettront mieux que tout le reste de reconnaître que le traumatisme a produit une hernie diaphragmatique. Nous les signalerons tout à l'heure à propos des hernies spontanées.

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

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

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

Des nausées, parfois des vomissements, des dyspepsies anormales s'accompagnant d'étouffements après les repas peuvent être le résultat d'une hernie de l'estomac; des coliques accompagnées de troubles digestifs font penser à la présence de l'intestin; on a signalé des crises de coliques hépatiques, des convulsions. — Les troubles res-

piratoires sont parfois assez marqués, toujours difficiles à rapporter à leur véritable cause : on a observé de la dyspnée, des accès d'asthme, une toux sèche, parfois même la sensation plus ou moins nette de mouvements dans l'intérieur du thorax. — Le cœur peut être déplacé à droite ou à gauche, ses battements seront tumultueux ; on a noté des syncopes.

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

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

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

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

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

3^e CATÉGORIE. — HERNIES QUI SE FONT A TRAVERS LES ORIFICES
DE LA CEINTURE OSSEUSE DU BASSIN

1^o *Hernie obturatrice.* — Encore appelée sous-pubienne (A. Bérard).

Cette hernie se fait par le canal qui livre passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs.

Elle présente des variétés anatomiques assez nombreuses, bien étudiées tout récemment par Picqué et Poirier.

A. Dans une première variété, la plus commune, la hernie suit le canal sous-pubien. Elle chemine immédiatement au-dessous du pubis, entre les membranes obturatrices interne et externe, depuis l'orifice interne ou pelvien de ce trajet, jusqu'à son orifice externe formé par le bord antérieur de la gouttière sous-pubienne et par une arcade fibreuse donnant insertion aux faisceaux de l'obturateur externe.

B. Dans une deuxième variété, la hernie, au lieu de sortir par l'orifice externe du canal sous-pubien, sort au travers du muscle obturateur externe, à travers l'écartement de ses faisceaux supérieur et moyen. La hernie suit alors le faisceau vasculo-nerveux issu de la bifurcation des vaisseaux et nerfs obturateurs dans le canal sous-pubien, faisceau vasculo-nerveux qui descend lui-même entre les deux membranes obturatrices pour se dégager entre les faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe (Picqué et Poirier).

C. Les hernies de la troisième variété sont recouvertes par le muscle obturateur externe ; au lieu de se produire à l'extérieur comme les précédentes, le sac herniaire s'étale entre le muscle obturateur externe et la membrane obturatrice (Picqué), en profitant de l'interstice qui se trouve normalement occupé par du tissu adipeux à ce niveau.

Les hernies de la première et de la deuxième variétés sont recouvertes par le muscle pectiné ; en augmentant de volume, le sac peut s'étendre au-dessous des adducteurs superficiels (Fischer), remonter sous le petit adducteur (J. Cloquet) ou se dégager entre le moyen adducteur et le pectiné pour devenir superficielles (Garengot, Eschenbach).

Les hernies de la troisième variété restent toujours profondes.

Picqué a également étudié les rapports de la hernie obturatrice avec le nerf et les vaisseaux obturateurs.

La hernie de la première variété passe le plus souvent entre la portion osseuse du conduit et le faisceau vasculo-nerveux ; l'artère est alors située en arrière et un peu en dehors du collet du sac, de même que le nerf ; mais le paquet vasculo-nerveux peut avoir été dissocié par la hernie et le nerf être déjeté en dedans du sac (Trélat), ou en avant (Gadernann).

Dans la deuxième variété, la position des vaisseaux est plus variable.

Mais ce qu'il importe de noter, c'est que souvent la bifurcation de l'artère obturatrice embrasse le collet du sac.

Le sac peut être volumineux ou très petit; il est en général assez mince. On l'a vu double ou triple (Chiene).

Dans son intérieur se rencontre le plus fréquemment l'intestin grêle qui présente souvent des adhérences avec le sac. On y a également trouvé l'épiploon (Cloquet, Trélat), l'appendice iléo-cæcal, ou un diverticule intestinal (Lallemand).

La vessie, l'ovaire, la trompe, dans un cas l'utérus lui-même ont été compris dans des hernies obturatrices.

Les autopsies ont également démontré la présence dans le canal d'un diverticule péritonéal, sorte de petit sac digitiforme, ne renfermant aucun viscère (Grünfeld).

La hernie obturatrice est encore une hernie des femmes âgées : on a incriminé, comme causes productrices, la disparition par amaigrissement d'une partie de la graisse contenue dans le canal sous-pubien (Trélat), l'attraction d'un infundibulum péritonéal par une petite hernie graisseuse (Linhart), la péritonite adhésive diffuse d'ancienne date (Auerbach).

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

On ne constate pas toujours l'existence d'une tumeur herniaire bien caractérisée; mais il est souvent possible de percevoir une tuméfaction plus ou moins diffuse et toujours profonde, siégeant à la partie interne de la racine de la cuisse, dans la région des adducteurs.

Parfois encore, la saillie déterminée par la hernie s'observe à la région crurale, en dedans des vaisseaux fémoraux.

Dans nombre de cas, on n'observe qu'une augmentation de volume de la région interne de la cuisse.

Quand la tuméfaction fait défaut, la douleur localisée à la pression, le toucher vaginal (douleur ou tumeur par pression exercée par le *doigt* ou par la *main tout entière* au niveau de l'orifice

interne du trou sous-pubien), le *signe de Romberg* mettront sur la voie du diagnostic. On désigne sous le nom de signe de Romberg dans la hernie obturatrice, la perception d'une douleur dans la cuisse s'irradiant à sa partie interne jusqu'au genou, parfois jusqu'au pied, et pouvant s'accompagner d'engourdissement, d'obtusion de la sensibilité, de crampes, de spasmes douloureux dans la région des adducteurs. Cette douleur tantôt lancinante, tantôt fixe et constante s'exaspère par les mouvements du tronc, par l'abduction, la rotation du membre et la pression.

La hernie obturatrice ne peut être maintenue par aucun bandage. Lorsqu'elle est étranglée, et cet accident n'est pas très rare (Pimbel), le taxis a permis d'obtenir la réduction dans un assez grand nombre de cas. Il se pratique alors dans une position favorable, c'est-à-dire les cuisses fléchies sur l'abdomen et écartées l'une de l'autre, le bassin étant surélevé. Néanmoins certains auteurs (Picqué, Berger), rejettent le taxis dans tous les cas de hernies obturatrices compliquées d'accidents et ils appuient leur proscription sur les considérations suivantes :

1° Les hernies étranglées sont en général de petites hernies, dans lesquelles surviennent de bonne heure des altérations graves de l'intestin;

2° D'autre part, à la suite de la réduction, la contention étant illusoire ou impossible, le retour des accidents sous une forme plus grave a été souvent observé.

L'opération est donc indiquée, malgré les résultats peu brillants acquis jusqu'ici (11 guérisons sur 25 cas, dont 9 terminées par la mort à la suite de gangrène de l'intestin), résultats qui tiennent surtout à l'époque tardive à laquelle le diagnostic a pu être porté.

Pour pratiquer la kélotomie dans la hernie obturatrice, on fait une incision suffisante pour y voir clair dans la profondeur. Cette incision devra suivant les règles indiquées (Dupuytren, Trélat), être faite parallèlement à l'artère fémorale, à 2,5 ou 3 centimètres en dedans d'elle, puis on pénétrera entre le pectiné et les adducteurs, et on arrivera ainsi sur le sac herniaire.

Berger insiste sur la nécessité qui s'impose de relever fortement le bassin du sujet, afin de diminuer l'obliquité du trou ovalaire et d'amener le plus possible au jour l'orifice du canal sous-pubien.

La cure radicale doit être résolument proposée dans tous les cas

où l'âge et l'état général du sujet permettront d'y avoir recours.

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

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

4^e CATÉGORIE. — HERNIES QUI SE FONT AU TRAVERS DU PLANCHER DU PÉRINÉE

1° *Hernies vaginales et rectales*. — Ce sont les plus fréquentes dans cette catégorie. L'intestin descendant dans les culs-de-sac péritonéaux du petit bassin trouve principalement dans le cul-de-sac postérieur une véritable prédisposition, que viennent compléter les modifications de structure occasionnées dans le vagin par la distension suite d'accouchements multiples; on conçoit donc qu'il puisse refouler la paroi vaginale, s'en coiffer pour ainsi dire, et venir former dans le vagin une tumeur arrondie, molle et réductible.

Si la hernie, au lieu de se faire aux dépens de la paroi vaginale postérieure, déprime la paroi rectale, la hernie rectale est constituée. La hernie saillante dans l'ampoule rectale est bien moins commune que la hernie vaginale et elle n'existe guère que comme complication de cette dernière, sauf les cas où un prolapsus du rectum en est la cause.

La réduction des hernies vaginales s'accompagne d'un bruit de gargouillement, point important pour le diagnostic différentiel avec

le prolapsus du vagin. — Lorsque la hernie se fait à la partie antérieure, elle est très élevée. — Le principal inconvénient de cette hernie réside dans le danger qu'elle fait courir à l'intestin pendant l'accouchement. — En dehors de cette circonstance, l'étranglement est exceptionnel.

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

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

3° *Hernies périnéales*. — L'intestin descendu chez la femme en arrière du ligament large, entre le vagin et le rectum, et chez l'homme, entre le rectum et la vessie, traverse les dernières fibres du releveur de l'anus et donne lieu à plusieurs variétés de hernies. Chez l'homme, dans la variété antérieure, la tumeur siège entre l'anus et la racine des bourses; dans la variété postérieure, elle fait saillie plus ou moins près du coccyx.

Chez la femme, suivant Winckler, la hernie périnéale présente trois variétés correspondant à des trajets distincts :

1° La première, *antérieure*, se fait entre le constricteur de la vulve et le muscle ischio-caverneux : c'est une hernie postérieure de la grande lèvre;

La seconde, *moyenne*, passe entre le constricteur de la vulve et le muscle transverse profond du périnée.

La troisième, *postérieure*, se fait entre le releveur de l'anus et le grand fessier.

Pour Ebner, ces hernies seraient d'origine congénitale. C'est en effet le cul-de-sac de Douglas, le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme, recto-utérin chez la femme, qui leur donne accès. Ces hernies tiendraient à la profondeur particulière que le cul-de-sac péritonéal en question présente chez l'embryon et à la persistance de la disposition pour ainsi dire congénitale de ce cul-de-sac chez certains sujets.

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

CHAPITRE V

HERNIES DE LA VESSIE

On réserve le nom de hernies de la vessie aux cas où cet organe se trouve compris dans une hernie ordinaire.

La plus fréquente des hernies de la vessie est la hernie inguinale ou cystocèle inguinale. Viennent ensuite les hernies périnéales crurales, obturatrices : ces trois dernières sont rares. Dans notre description, nous aurons surtout en vue la cystocèle inguinale.

1° La vessie herniée peut être entièrement dépourvue de péritoine et par conséquent de sac herniaire ;

2° A côté de la vessie ou derrière elle se trouve un sac péritonéal, entraîné par cet organe, et ce sac peut renfermer de l'intestin ou de l'épiploon, mais la vessie se présente directement sans revêtement péritonéal au-dessous des enveloppes de la hernie ;

3° Une partie de la vessie est recouverte de sac péritonéal ;

4° La vessie (un seul cas) possède un sac herniaire complet.

Parfois la vessie herniée contient des calculs.

Ces hernies sont primitives ou consécutives ; primitives quand la vessie s'engage la première dans le trajet herniaire, consécutives quand son engagement est postérieur à la formation d'une hernie inguinale ordinaire : la cystocèle se fait alors *par glissement*, ou beaucoup plus rarement *par bascule* quand c'est le sommet de l'organe qui s'engage.

On reconnaît la présence de la vessie dans une hernie à l'existence d'une tumeur tendue et fluctuante quand la partie herniée est à l'état de réplétion, molle au contraire et flasque après l'évacuation de son contenu. Ces symptômes peuvent être plus ou moins masqués par la coexistence d'une hernie intestinale ou épiploïque.

Les troubles fonctionnels consistent en troubles de la miction, ténesme, rétention d'urine, parfois hématuries légères. Mais le phénomène le plus caractéristique est la *miction en deux temps* : le malade vide soit spontanément soit par la sonde la portion de sa vessie non herniée (1^{er} temps) ; vient-on à comprimer la tumeur herniaire, nouvelle émission d'urine (2^e temps).

L'injection de liquide par la sonde détermine également l'augmentation de volume de la hernie.

Le diagnostic serait donc facile s'il était vrai qu'on peut constater toujours l'existence de ces symptômes ; mais il n'en est rien : car très souvent la hernie vésicale ne se distingue par aucun caractère précis d'une hernie ordinaire, et le diagnostic se fait au cours de la kélotomie.

CHAPITRE VI

HERNIES DE L'OVAIRE ET DE L'UTÉRUS

I. — L'ovaire, comme la vessie, se rencontre surtout dans les hernies *inguinales* (88 cas pour 14 de hernie *crurale*, Puech). La hernie *obturatrice* est encore plus rare.

Dans la hernie inguinale, l'ovaire peut se trouver seul, ou accompagné par la trompe et même par l'une des cornes d'un utérus bifide : car la hernie de l'ovaire coïncide souvent avec l'existence d'une malformation des organes génitaux.

La hernie de l'ovaire est toujours pourvue d'un sac herniaire complet ; elle peut s'accompagner de hernie de l'intestin ou de l'épiploon. Elle est simple ou double.

L'ovaire est sain et libre d'adhérences, ou au contraire tuméfié et présente dans son parenchyme des épanchements sanguins. Il peut être également le siège d'altérations diverses (dégénérescence kystique, kyste hydatique, kyste dermoïde, adénome kystique, angio-sarcome, cancer). Il peut présenter des adhérences avec le sac.

Fréquemment congénitales, les hernies de l'ovaire sont ailleurs acquises et leur production est favorisée par l'existence de grossesses antérieures ayant entraîné la mobilité excessive de l'ovaire (Conrad). La palpation permet de reconnaître un corps régulièrement arrondi, à surface lisse, roulant sous le doigt, présentant un pédicule qui s'engage dans le trajet herniaire. L'intestin ou l'épiploon peuvent le masquer plus ou moins. A la pression, *sensibilité exquise*. Au moment des règles, gonflement de la tumeur, augmentation de la sensibilité et production de douleurs spontanées.