

même il passe entre les muscles et vient sous la peau. Les vaisseaux obturateurs sont situés le plus fréquemment en dehors du sac, quelquefois en dedans, quelquefois même en arrière; ces rapports sont importants à connaître au point de vue de la kélotomie.

La hernie contient ordinairement de l'intestin grêle, rarement de l'épiploon. Exceptionnellement on y a constaté une portion de la vessie, l'ovaire et même la trompe. Dans deux observations, on a noté la présence de l'appendice iléo-cæcal.

Cette hernie est surtout fréquente chez les femmes, et principalement chez les femmes âgées. Elle semble succéder à la disparition du tissu graisseux qui remplit normalement le trou sous-pubien.

Dans les cas où elle est petite, la hernie peut souvent passer complètement inaperçue. Elle provoque cependant fréquemment des troubles fonctionnels : sensations de pincement, de tiraillements, douleur particulière dans les mouvements d'abduction et de rotation en dehors de la cuisse. Quand, au contraire, la hernie a acquis un certain volume, elle forme une tumeur appréciable à la partie interne et supérieure de la cuisse, vers l'angle supéro-interne du triangle de Scarpa, au-dessous et en arrière du canal crural. Elle devra, pour être découverte, être toujours recherchée avec le plus grand soin, en ayant la précaution de placer la cuisse du malade en adduction et en flexion. Elle est toujours difficile à diagnostiquer.

L'étranglement paraît fréquent dans cette hernie, mais cela tient peut-être à ce que la hernie réductible est ordinairement méconnue. Les symptômes de l'étranglement sont d'habitude très marqués, à marche rapide; les signes généraux ont été, dans plusieurs cas, ceux du choléra herniaire. L'anneau fibreux est souvent le principal agent de cet étranglement. Le diagnostic en est très difficile, surtout dans les cas où la hernie est très petite; on l'a souvent confondue avec un étranglement interne et même dans les cas où le chirurgien reconnaît qu'il existe une hernie étranglée, on a pu confondre la hernie obturatrice avec certaines variétés de la hernie crurale.

Le traitement de la hernie ovalaire, réductible, est difficile à mettre en pratique. On a, en effet, proposé pour la maintenir plusieurs bandages spéciaux; mais, jusqu'à présent, aucun n'a été trouvé véritablement efficace.

Dans les cas d'étranglement, on peut quelquefois réussir à réduire la hernie par le taxis. Il faut toujours le pratiquer les cuisses fléchies sur l'abdomen. On conseille, chez la femme, d'introduire une main dans le vagin pour aider à la pression directe.

Si ces procédés échouent, il faut recourir à la kélotomie qui, dans certains cas, a été suivie de succès. Pour la pratiquer, le meilleur procédé est le suivant, qui a été indiqué par Trélat (1877) : 1° incision de 5 à 6 centimètres de long, faite parallèlement à l'artère crurale, et à

25 millimètres environ en dedans de ce vaisseau; 2° dissection à la sonde cannelée des interstices qui séparent le pectiné du premier, puis du deuxième adducteur; 3° le sac mis à nu et ouvert, débrider sur le point où ne sont pas les vaisseaux, et principalement en bas. Le débridement doit toujours entamer légèrement l'anneau fibreux formé par la membrane obturatrice, qui est le principal agent d'étranglement.

6° *Hernie ischiatique*. — On désigne sous le nom de hernie ischiatique celle qui se produit à travers l'échancrure sciatique. Elle est si exceptionnelle que son histoire est encore très incomplète.

Elle siège à la partie postéro-inférieure du bassin. Dans le cas de A. Cooper, la hernie sortie par la partie supérieure de l'échancrure sciatique, en avant et un peu au-dessous du nerf sciatique, était placée au-dessous du grand fessier. Dans le cas de Jones, elle passait par un orifice situé au-dessus et en avant du nerf sciatique, à la partie antérieure du muscle pyramidal. Comme précédemment, la tumeur herniaire était sous le grand fessier.

Cette hernie a été souvent méconnue. Son diagnostic est très difficile et, dans les cas d'étranglement, les chirurgiens ont cru, le plus souvent, à un étranglement interne. Dans quelques observations, elle a été diagnostiquée et réduite. Si on reconnaît l'étranglement, on devra, suivant le conseil d'A. Cooper et de Nélaton, pratiquer la kélotomie par la région fessière. Peyrot, au contraire, semble préférer la laparotomie. Dans les cas de hernie réductible, elle pourrait être maintenue par un bandage à pelote périnéale analogue à celui de la hernie périnéale.

7° *Hernie périnéale*. — La hernie périnéale se montre sur les parties postérieures et latérales du périnée, en passant, chez la femme, entre le rectum et le vagin, tandis que chez l'homme, elle se crée une voie entre le rectum et la vessie. Ordinairement, elle traverse les dernières fibres du releveur de l'anus, mais dans certains cas, cependant, elle a pu refouler seulement ce muscle. Dans une seule observation (A. Cooper), le sac passait en avant de l'anus, dans le triangle recto-urétral.

Cette hernie, plus fréquente chez la femme que chez l'homme, se présente sous la forme d'une petite tumeur, arrondie, réductible. Elle donne lieu à des sensations de pesanteur au périnée et à quelques troubles digestifs.

Dans quelques observations, on a noté des phénomènes d'inflammation et même de l'étranglement.

Quand la hernie est réductible, elle est difficile à maintenir, même en employant la pelote périnéale suspendue à une ceinture. Chez la femme on pourrait, à cet effet, faire usage de certains pessaires. Dans les cas d'étranglement, il n'a, à notre connaissance, jamais été pratiqué de kélotomie.

8° *Hernie vaginale*. — La hernie vaginale est celle qui vient faire saillie dans la cavité du vagin, en passant soit dans le cul-de-sac recto-

utérin, soit dans le cul-de-sac utéro-vésical. La postérieure est la plus fréquente, surtout à cause de la disposition plus profonde du cul-de-sac recto-utérin.

Sa production est ordinairement, et dans les deux cas, facilitée par les modifications de structure que subit le vagin à la suite de sa distension répétée dans les accouchements multiples.

La paroi vaginale est refoulée par la tumeur herniaire, qui s'en coiffe. On trouve alors dans le vagin une tumeur molle, élastique, réductible et dont la réduction s'accompagne d'un bruit de gargouillement. Ce dernier signe a une grande importance pour faire le diagnostic de cette hernie avec le prolapsus du vagin, ou bien avec la cystocèle quand elle est antérieure.

Dans certains cas, elle peut donner lieu à des troubles digestifs, et quand elle est dans le cul-de-sac antérieur, à des troubles de la miction.

Elle peut aussi créer un certain obstacle au passage du fœtus dans le travail de l'accouchement. Dans un cas, il a fallu réduire la hernie pour permettre le passage de la tête (Smellie). Enfin, dans les efforts de l'accouchement, l'intestin peut être comprimé et même déchiré.

L'étranglement aurait été observé dans un cas.

La contention en est facile d'ordinaire, à l'aide d'un pessaire approprié.

9° *Hernie vagino-labiale*. — On appelle hernies vagino-labiales celles qui passent entre le ligament large et la vessie, et qui, après avoir traversé les fibres antérieures du releveur de l'anus, viennent apparaître à la partie postéro-inférieure de la grande lèvre.

Elles forment une tumeur oblongue qui remonte le long du vagin et pénètre dans le bassin au niveau du col utérin entre le vagin et l'ischion.

C'est grâce à ce pédicule allongé qu'on les distinguera des hernies inguinales et périnéales.

Dans deux observations, on a constaté des phénomènes d'étranglement qui ont rapidement cédé à des manœuvres de taxis.

ARTICLE VI. — OCCLUSIONS INTESTINALES.

De même qu'une anse intestinale herniée et étranglée ne permet plus le libre cours des matières, de même aussi toute cause qui interrompra la perméabilité du tube digestif empêchera le cours de ces matières et déterminera des accidents d'étranglement analogues à ceux que nous venons de décrire. Les causes qui obstruent ainsi le passage peuvent exister sur toute la longueur de l'intestin; nous ne nous occuperons ici que de celles qui ont leur siège au-dessus du rectum et de l'anus, nous réservant d'étudier ces dernières avec les affections chirurgicales de cette partie terminale du tube digestif.

Les obstructions intestinales peuvent être produites, comme déjà

nous l'avons indiqué, par des corps étrangers venus par la bouche ou introduits par une blessure; d'autres fois ce sont des accumulations de matières fécales qui jouent le même rôle.

D'autres fois encore des tumeurs développées dans les parois intestinales empêchent la continuité du tube digestif; les tumeurs cancéreuses si fréquentes au rectum diminuent par leur développement concentrique la capacité du canal normal et le réduisent à un calibre insuffisant pour l'expulsion des matières qui s'accumulent au-dessus du point rétréci. Nous reviendrons sur cette étude à propos des cancers du rectum.

Les cicatrices des plaies intestinales, qu'elles aient eu pour cause un instrument vulnérant ou qu'elles aient été dues aux ulcérations, typhoïdes des plaques de Peyer ou tuberculeuses du tissu sous-muqueux, peuvent déterminer des rétrécissements qui, en raison de la rétraction du tissu inodulaire, deviennent des causes d'obstruction; on comprend que dans ces cas, il puisse exister des rétrécissements cicatriciels multiples échelonnés les uns au-dessus des autres. Kœberlé en a rencontré quatre sur une longueur de 2 mètres d'intestin grêle. La même cause produit, à la suite de dysenterie, des cicatrices vicieuses dans le rectum et le rétrécissement ou l'obstruction de cette partie de l'intestin.

Les organes voisins hypertrophiés ou flottants, tout comme les tumeurs qui s'y développent, utérus, ovaires surtout, peuvent aussi, bien qu'exceptionnellement, comprimer l'intestin et en effacer le calibre par accolement de ses parois.

De même que les cicatrices des ulcérations de la surface interne de l'intestin peuvent déterminer des brides, des anneaux qui en obstruent la cavité, de même aussi des adhérences péritonéales peuvent créer entre les anses intestinales, entre celles-ci et la paroi abdominale ou encore entre elles et l'épiploon, comme aussi entre ce dernier et le péritoine pariétal de véritables brides, celluleuses d'abord, fibreuses ensuite, autour desquelles ou par-dessus lesquelles une anse intestinale peut se plier, se couder; la continuité de son calibre sera alors interrompue comme elle l'est par un étranglement herniaire. Cette bride peut même être enroulée une ou deux fois autour de l'anse intestinale, qui sera enserrée comme par un lien. Il faut remarquer toutefois que la bride fibreuse ne pourra s'enrouler autour de l'anse intestinale qu'à la condition que ses points d'attache ou l'un d'entre eux soit mobile, ce qui est le cas dans les brides épiploïques; dans les autres cas, c'est l'intestin qui, en raison de ses mouvements péristaltiques et antipéristaltiques excités par les réflexes dus à l'obstruction elle-même, s'enroule de plus en plus autour de la bride fibreuse et complique ainsi l'obstacle.

Le même fait se produit lorsqu'il existe, comme chez certains indi-