

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

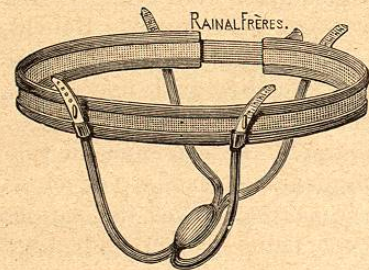


Fig. 115 — Bandage pour hernie ischiatique.

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, *Physiol. 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 entéroccèle 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.

l'ovaire. Kousmine (de Kasan) (1) relate d'intéressantes expériences concernant ces hernies et l'observation d'une hernie de la trompe de Fallope seule, dans le canal crural.

Bien d'autres exemples isolés ont été rapportés, dans les sociétés savantes, avec présentation de pièces, mais sans commentaires ni développements utiles à la question.

Dans les mémoires et travaux que nous venons de citer, sont relatées çà et là des hernies concomitantes de l'utérus. Par exemple, Defontaine signale une hernie inguinale de l'utérus et des deux ovaires, qui fut réduite chez un enfant de sept mois. Signalons enfin l'excellente thèse de de Vaucher (Lyon, 1895).

Physiologie pathologique. — La hernie des annexes de l'utérus suppose la réalisation de deux conditions : 1° un chemin préparé d'avance ou facile à faire ; 2° une mobilité particulière de ces annexes, ou leur développement en un point spécial et anormal. Ces conditions se retrouvent dans les deux principales variétés de ces hernies, *congénitales et acquises*.

Pour le trajet herniaire, il n'est autre que le canal inguinal ou le canal crural, exceptionnellement le canal obturateur ou la région ischiatique. La hernie inguinale congénitale trouve une voie préformée dans le petit conduit séreux avec lequel le péritoine entoure le ligament rond antérieur de l'utérus, le canal de Nück. Celui-ci peut persister toute la vie, comme l'ont constaté quelquefois Cloquet et Cruveilhier, ou bien s'oblitérer dès le huitième mois de la vie fœtale ; mais, même fermé, il peut encore, par des tractions sur le ligament rond, produire un canal artificiel prêt à recevoir le contenu de la cavité abdominale, et d'ailleurs Féré a constaté souvent sa persistance partielle.

Comment l'ovaire et la trompe peuvent-ils s'engager dans ce canal, pendant ou après la vie intra-utérine ? D'abord, il ne faut pas oublier que les organes génitaux internes sont, à cet âge, au-dessus de l'excavation pelvienne ; la descente des ovaires dans le canal inguinal serait analogue à la migration des testicules. Ce qu'il y a de curieux, c'est que cette anomalie coïncide souvent avec l'absence d'utérus, plus souvent en tout cas qu'avec l'utérus unicorne ou bicorne, et l'hermaphrodisme féminin. On dirait que la présence de l'utérus fait perdre au gubernaculum sa direction en le fixant, au moment de la migration de la glande génitale, au fond de l'utérus embryonnaire, et modère ainsi la descente et l'attraction en avant de l'ovaire. Cependant ce vice de conformation n'est pas indispensable, puisque dans neuf cas de hernies ovariennes doubles relatés par Langdon, les organes génitaux étaient normaux.

Quant aux *hernies de la trompe seule*, elles n'apparaissent habi-

(1) KOUSMINE, *Revue de chir.*, 1895.

tuellement qu'après la naissance, bien qu'elles puissent être dites congénitales lorsqu'elles se font dans la région inguinale, parce qu'elles profitent d'une disposition anatomique qui est congénitale. Inguinales ou crurales, elles s'expliquent par la mobilité même de l'oviducte, mobilité qui faisait dire à Cruveilhier que la trompe filait la première avant l'ovaire. C'est cette mobilité qu'a encore constatée Kousmine sur les cadavres de nouveau-nés ; chez eux, la partie moyenne de la trompe est à 14 millimètres de l'orifice inguinal, et son extrémité libre à 13 millimètres de l'orifice crural. C'est en cela que réside la prédisposition congénitale de la hernie inguinale ou crurale de la trompe, qui cependant n'a guère été opérée que chez les adultes, et passe pour être accidentelle et due au relâchement des ligaments utéro-ovariens. La malade que nous avons eu à soigner était une adulte et sa hernie de la trompe seule paraissait bien appartenir à la variété acquise.

Pour l'utérus, il y a encore des hernies congénitales et des hernies acquises. Krug (1) rapporte une observation d'ancienne hernie de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus chez une jeune fille vierge de dix-huit ans. Les ligaments de l'utérus étaient, à l'examen microscopique, d'une longueur inusitée.

Mais les hernies congénitales de l'utérus ne sont que des raretés et des exceptions ; c'est habituellement après des grossesses ou des déplacements anormaux de cet organe qu'on les observe, et elles peuvent être précédées et provoquées pour ainsi dire par la hernie préexistante de ses annexes. Les grossesses, les tumeurs du voisinage peuvent encore relâcher les ligaments fixateurs de la matrice ; un effort suffira alors à l'expulser dans une hernie préformée, comme le pense Cruveilhier. Il est vrai qu'on peut voir le phénomène inverse, l'utérus primitivement hernié entraînant à sa suite ses annexes (2).

Anatomie pathologique. — Nombreuses et variées sont les altérations que le chirurgien a rencontrées du côté de la trompe et de l'ovaire herniés. Le *sac* ne présente guère comme lésions que quelques brides cicatricielles en rapport peut-être dans la région inguinale avec le travail d'oblitération du canal de Nück ; parfois on l'a trouvé, comme Dolbeau, enflammé et suppuré, et alors il est probable que l'infection venait de la trompe, comme Lejars a pu le constater en voyant sourdre une goutte de muco-pus de la portion excisée. Quant au contenu, ovaires, trompes et utérus, ses modifications sont des plus intéressantes.

La situation anormale de l'ovaire l'expose à des froissements, à des contusions, à des troubles circulatoires. Il s'enflamme, puis s'atrophie, sans cependant que cette altération soit assez profonde pour suppri-

(1) KRUG, *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1890.

(2) LENTZ, in Jules BOECKEL, *Cure radicale des hernies* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1882).

mer l'ovulation. La menstruation s'établit en effet régulièrement chez les jeunes filles atteintes de ce vice de conformation et occasionne des accidents assez pénibles, dus à la congestion douloureuse. On a vu des petites filles souffrir assez pour que des chirurgiens tels que Lentz, Pollard, Maugle, etc., se soient crus autorisés à intervenir.

A côté des inflammations, signalons la dégénérescence kystique. Toutes les variétés de volume et de nature de kystes ont été observées.

L'ovaire micro-kystique est fréquent ; on a vu des kystes ovariens gros comme une tête d'enfant ; le kyste hydatique, le kyste dermoïde y ont été rencontrés, l'adénome kystique, le kyste réticulaire également. Il faut lire la curieuse observation de Fargas (1) : une femme voyait sa hernie ovarienne à dégénérescence kystique descendre jusqu'au voisinage du genou. La tuberculose a été rencontrée par Puech dans un ovaire hernié ; Bardenhau a enlevé un angio-sarcome de 750 grammes né aux dépens de cet organe. Le cancer y a été signalé par Papen. Guersant a vu le cancer des deux ovaires herniés chez une enfant de trois ans qui n'avait pas d'utérus.

La plupart de ces altérations ont été retrouvées du côté de la trompe de Fallope : altérations congestives et inflammatoires, adhérences, épaissements, oblitérations plus ou moins accusées, sphacèle, dégénérescence kystique principalement.

Dolbeau signale un kyste séreux de l'oviducte dans un sac herniaire suppuré ; Werth, une volumineuse hydatide de Morgagni formée aux dépens d'une des franges ; Kousmine, une dilatation de la trompe contenant deux litres de liquide et formant une grosse tumeur herniaire de la région crurale.

Pour l'utérus hernié avec l'ovaire et la trompe, il a été vu allongé jusqu'à former une fois un tube de 14 pouces de long. Haller, Balling, Scanzoni, l'ont trouvé grandi, et Schmidt a vu un fibrome se développer dans une de ses cornes.

Il faut savoir enfin que la hernie de l'ovaire et de la trompe coïncide souvent avec des malformations qui sont : l'absence apparente ou réelle de l'utérus, l'hermaphrodisme, l'utérus unicomme ou bicorne.

Symptômes. — Nous continuerons à distinguer les hernies de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus.

L'ovaire en ectopie, ou en situation anormale, révèle sa présence par des troubles spéciaux qui tiennent à son rôle et à sa fonction.

Les enfants ne se plaignent pas de cette hernie, qui s'annonce simplement par une tumeur petite, ovalaire, réductible ou non, mais mobilisable, qui est placée vers la grande lèvre ou dans le pli de l'aîne ; la douleur à la pression n'apparaît ordinairement qu'à la puberté. A cette époque, on est d'accord pour reconnaître à cette hernie le don de provoquer au toucher une sensation spéciale douloureuse et voluptueuse, et la faculté d'une turgescence passagère, en vertu de laquelle l'ovaire flasque et inégal durcit. Cependant, il ne faut pas exagérer et faire de ce signe un symptôme constant ; l'ovaire, qui s'atrophie si souvent dans ces conditions, est bien incapable de ces variations de volume et de consistance. Ce qu'il y a de plus vrai, c'est de voir la sensibilité de la hernie s'exagérer aux périodes menstruelles, les douleurs apparaître et le gonflement se produire ; en même temps, des tiraillements aux lombes et dans les flancs. Cependant il est habituel que des hernies soient bien supportées ; elles sont en infime minorité les femmes qui sont condamnées, de ce fait, au repos et à l'immobilisation, sans pouvoir marcher, fléchir les cuisses, etc.

A côté de ces signes subjectifs, variables, il faudra, pour établir le diagnostic, examiner les signes objectifs, et bien reconnaître la hernie.

Les hernies de la trompe de Fallope seule ne peuvent être annoncées d'avance, parce qu'elles ne donnent lieu à aucun signe spécial et pathognomonique : ce sont toujours des trouvailles d'opérations. Notre malade n'accusait rien qui pût faire croire à autre chose qu'à une hernie vulgaire.

Les hernies de l'utérus se produisent surtout après la ménopause, et leur constatation dans des sacs herniaires a été faite à l'occasion de herniotomie pour des entéroécèles ou des épiplocèles ordinaires. Il y a d'ailleurs deux formes principales de hernies de l'utérus, l'une qui est réductible, l'autre qui est irréductible. Cette dernière ne peut être sûrement diagnostiquée, à moins qu'une grossesse intraherniaire ne vienne forcer pour ainsi dire le diagnostic ; l'autre, au contraire, peut être reconnue à cause de sa réductibilité même ; le toucher bimanuel permet alors, comme à Krug, de faire alternativement passer la tumeur de la cavité herniaire dans l'abdomen et de l'abdomen dans la hernie.

Ceci nous amène à la description des deux signes qu'il faut rechercher par le toucher vaginal et l'examen bimanuel et qui sont pathognomoniques de la hernie des annexes de l'utérus, à savoir : l'inclinaison de l'utérus du côté de la hernie, et la transmission à la tumeur des mouvements en sens inverse imprimés au col. La corne utérine du côté de l'ectopie est attirée en avant par un mouvement de torsion, et le col élevé. Si l'on cherche à corriger ce déplacement avec le doigt placé dans le cul-de-sac utéro-vaginal, du côté de la hernie, l'autre main étant appliquée sur la hernie, et que l'on repousse l'utérus du côté opposé, on sent la hernie glisser sous la peau, des tiraillements se produisent, et le déplacement de l'utérus n'est bientôt plus possible. L'utérus est solidement fixé dans la ligne médiane dans le cas de hernie double et sa propulsion latérale déplace l'une des ces hernies.

Ceci nous amène à la description des deux signes qu'il faut rechercher par le toucher vaginal et l'examen bimanuel et qui sont pathognomoniques de la hernie des annexes de l'utérus, à savoir : l'inclinaison de l'utérus du côté de la hernie, et la transmission à la tumeur des mouvements en sens inverse imprimés au col. La corne utérine du côté de l'ectopie est attirée en avant par un mouvement de torsion, et le col élevé. Si l'on cherche à corriger ce déplacement avec le doigt placé dans le cul-de-sac utéro-vaginal, du côté de la hernie, l'autre main étant appliquée sur la hernie, et que l'on repousse l'utérus du côté opposé, on sent la hernie glisser sous la peau, des tiraillements se produisent, et le déplacement de l'utérus n'est bientôt plus possible. L'utérus est solidement fixé dans la ligne médiane dans le cas de hernie double et sa propulsion latérale déplace l'une des ces hernies.

Diagnostic. — La hernie double de l'ovaire peut être confondue avec l'ectopie testiculaire. Témoin ce fait de Chambers (1880) cata-

(1) FARGAS, Arch. de tocologie, 1890.

logué : hernie inguinale double de l'ovaire, sans utérus, ni vagin ; les ovaires après l'ablation sont reconnus être des testicules. Une femme, du moins prise pour telle, âgée de vingt-quatre ans, n'ayant jamais eu de règles ni de molimen menstruel, subit l'ablation de ces deux tumeurs, et leur examen révèle la présence des tubes caractéristiques des testicules, toutefois imparfaitement développés. Faut-il dire que l'explication de ce fait réside dans le développement embryologique même de la glande génitale, qui peut indifféremment devenir un testicule, un ovaire, même une glande hermaphrodite, comme dans certaines espèces ? Faut-il penser au contraire que la malade de Chambers n'était qu'un homme, hypospade complet avec atrophie de la verge et fente urétrale prise pour une vulve ? C'est cette dernière explication qui nous paraît la plus plausible, car nous avons eu l'occasion d'observer et de soigner un cas tout à fait analogue à celui de Chambers : c'était un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait été inscrit comme étant du sexe féminin, à sa naissance, parce qu'il était hypospade complet, et qui demanda à changer d'état civil et à subir en même temps une opération destinée à oblitérer sa fente périnéale. Il y a matière à confusion chez les sujets qui présentent des modifications dans le type fondamental des organes génitaux, comme chez le malade de Roux (1) ; toutefois, le développement exagéré du prétendu clitoris, l'absence de vagin et d'utérus, sont en faveur de l'hypospadias, comme la périodicité du molimen menstruel plaide pour l'ectopie ovarienne.

D'habitude, il n'est pas difficile de reconnaître la hernie des annexes et il ne serait guère excusable de la prendre pour des ganglions (Percival Pott et Lassus), un lipome (Lücke), ou une tumeur enkystée de la grande lèvre (Guersant).

Les kystes du canal de Nüeck ont une rénitence spéciale, et sont immobiles. L'entérocele a un son tympanique, se réduit avec bruit, et ne saurait rester indéfiniment irréductible sans phénomènes d'étranglement : il est vrai qu'on pourrait penser alors à une anse intestinale remplie de matières, comme l'ont fait Holst et Filling à propos d'une trompe et d'un ovaire herniés. Dans le cas d'entérocele concomitante avec une hernie des annexes, le diagnostic n'est faisable qu'après réduction de l'intestin. Et pour ce qui concerne l'épiplocèle, on peut se trouver en face des plus grandes hésitations, surtout s'il s'agit d'une épiplocèle adhérente. C'est alors que le toucher vaginal et l'examen bimanuel deviennent indispensables pour s'assurer de l'inclinaison de l'utérus et du retentissement possible des mouvements de celui-ci sur la hernie, signes qui veulent dire : hernie des annexes.

Complications. — Les hernies de la trompe, de l'ovaire et de l'utérus, sans parler de la gêne et des malaises qu'elles entretiennent, exposent à de véritables dangers qui tiennent à leur *étranglement*

(1) Roux, Congrès français de chirurgie, 1891.

ment, à l'infection du sac herniaire et à une *grossesse herniaire*.

1° L'*étranglement* se manifeste par des douleurs vives, par la tension de la hernie et par le changement de couleur des téguments qui rougissent, sans compter les phénomènes généraux, l'anxiété de la respiration, l'agitation ; le faciès devient grippé, tout comme dans le cas d'une entérocele. Si bien que l'on croit volontiers à une hernie intestinale ou épiploïque. Ces phénomènes d'étranglement sont de tous les âges. Pollard a relaté une observation de ce genre qui a exigé l'excision de la trompe et de l'ovaire, chez une enfant de trois mois ; Maneg a fourni un cas identique chez une enfant de quatre mois, et Lentz aussi chez une petite fille de six mois. L'activité physiologique de l'ovaire n'est donc pas une condition nécessaire pour la production de cette complication. La trompe seule peut d'ailleurs s'étrangler et fournir les mêmes symptômes que l'étranglement de l'ovaire. Cet étranglement tubo-ovarien semble avoir une bénignité relative, malgré les chances d'infection du sac et du péritoine. Toutefois, l'étranglement véritable avec arrêt complet des matières et des gaz et météorisme abdominal peut survenir : il s'explique alors par le mécanisme suivant indiqué par Mullert : le ligament de l'ovaire et le ligament rond sont fortement tendus et forment un pont sous lequel pourrait s'engager et s'étrangler une anse intestinale.

2° Dolbeau a observé la *suppuration* du sac herniaire et la péritonite purulente consécutive. Lejars, dans un cas de hernie étranglée, trouve la trompe de Fallope étranglée et noirâtre, dégageant une odeur fétide. A l'orifice, on fait sourdre une goutte de pus ; l'excision en est pratiquée. Ces exemples montrent qu'il convient de faire des réserves pour le pronostic de ces hernies, bien qu'ordinairement les choses paraissent se passer très simplement.

3° Enfin, on a vu des *grossesses* évoluer malgré ces hernies ; quelques-unes sont allées à terme, comme chez la malade de Deneux, malgré une gestation laborieuse, ou bien sans aucun incident, comme dans les cas de Widerstein, de Rizzoli, d'Olshausen. Beigel et J. Makeig ont vu la grossesse survenir malgré une hernie double des annexes : fait curieux assurément, puisque l'ovaire est exposé à des inflammations et à des phénomènes atrophiques qui tendent à anéantir sa fonction. Enfin, on a vu des grossesses dans l'intérieur de ces hernies ; elles étaient tubaires ou utérines. Scanzoni rapporte l'observation d'une femme qui eut après un accouchement une hernie inguinale gauche par effort : elle contenait l'ovaire et l'utérus ; elle eut deux grossesses intraherniaires qui se terminèrent par l'avortement, l'une à deux mois, l'autre à cinq mois ; et Puech rapporte que de Geney a opéré, sans s'en douter, une grossesse intraherniaire : c'était chez une jeune fille de la noblesse qui portait à l'aîne droite une tumeur qui en trois mois était devenue de la grosseur d'un pain d'une livre. Son amant la conduisit chez de Geney. Celui-ci incisa les

téguments et tomba sur une poche animée de battements; il l'ouvrit et vit sortir un « *demi-septié* » d'eau claire, puis un fœtus long d'un demi-pied. Le placenta adhérait à l'anneau inguinal.

Traitement. — La conduite à tenir dépend entièrement de la façon dont la malade supporte sa hernie. Chez l'enfant, cette hernie n'est qu'accidentellement découverte. La moitié de ces hernies peuvent céder au taxis, et celles qui peuvent être réduites finissent habituellement par rentrer sous l'influence du bandage. Au cas d'inefficacité du taxis et du bandage, on peut poser la question de l'intervention. Celle-ci doit consister autant que possible dans la réintégration de l'organe ectopie en son domicile naturel. Cependant il est des cas, malheureusement trop fréquents, où le chirurgien est obligé d'en faire le sacrifice; c'est lorsqu'il y a de l'inflammation et de la supuration, et que, d'autre part, l'ovaire paraît atrophié, inutile et dangereux. Nous pensons, contrairement à Puech, que s'il est en dégénérescence kystique, on ne doit pas s'arrêter à l'injection iodée, et que l'excision est indiquée. Mais aussi, il ne faut pas faire cette extirpation pour des phénomènes douloureux et congestifs; on pourra les calmer avant d'entreprendre la cure radicale de la hernie avec reposition des viscères; de même, si l'étranglement oblige à intervenir, on réduira l'organe s'il est sain, mais on n'hésitera pas à l'extirper s'il est trop enflammé ou dégénéré. Si, au cours d'une kélotomie pour une entéroccèle étranglée, on trouve les annexes, on ne les sacrifiera pas, même si on les trouve gonflées et kystiques, et, par exemple, nous avons pu simplement réduire, après une herniotomie crurale droite, chez une femme de soixante-dix ans, l'appendice iléo-cæcal, l'ovaire kystique, le pavillon de la trompe, et une anse d'intestin grêle qui était fortement serrée.

Nous avons vu que des grossesses intraherniaires avaient pu être opérées, à la suite d'erreur de diagnostic. Nous allons voir aussi qu'on est intervenu sciemment, et pour ainsi dire la main forcée, par l'opération césarienne et l'opération de Porrò, lorsque la grossesse, qui se faisait dans une hernie inguinale, arrivait à terme et ne pouvait être terminée que par ces moyens artificiels. On a pu enregistrer des succès, en pareille occurrence, et pour la mère et pour l'enfant. Mais les hernies de l'utérus qui ne sont pas compliquées doivent, comme celles de la trompe et de l'ovaire, être traitées par la réduction, la reposition, qu'elle soit faite à travers les téguments et par le taxis, ou bien par le moyen d'une kélotomie (Roux, Defontaine).

XII. — HERNIES DE L'UTÉRUS GRAVIDE (1).

Deux grands travaux d'ensemble ont été publiés sur cette question :

(1) LÉOPOLD, *Arch. für Gynækol.*, Bd XIV, 1879, p. 379. — S. ADAMS, *Hernia of*

ce sont la monographie de Samuel Adams sur les différentes variétés de hernies utérines, et la dissertation inaugurale de Eisenhart sur les hernies ombilicales. Toutes les hystéroccèles avec grossesse se rapportent à des hernies inguinales ou ombilicales, les faits se rapportant aux variétés crurales, ischiatiques ou obturatrices n'étant pas authentiques, et les hernies dites abdominales rentrant simplement dans le cas des éventrations par écartement de la ligne blanche et concomitantes souvent avec des rétrécissements du bassin, des antéversions survenant pendant les derniers mois de la grossesse. Ces éliminations faites, il reste 8 hystéroccèles inguinales et 4 ombilicales.

Mode de développement. — L'utérus peut se hernier par *glissement* ou par *attraction* (Cruveilhier). Un sac herniaire, en s'accroissant aux dépens du péritoine adjacent, fait glisser dans son intérieur les ligaments larges et les organes qu'il contient; dans un autre mécanisme, la hernie de l'ovaire précède la hernie de l'utérus, et l'angle de l'utérus est attiré par l'ovaire. Quelquefois cette hystéroccèle est une malformation congénitale, comme dans les cas de Maret, de Roux, de Barras; c'est une ectopie ou une bifidité de l'organe.

Le plus souvent on a relaté comme causes immédiates, à côté des grossesses répétées et des hernies antérieures, les efforts, les cris et les contractions du travail.

Symptômes et diagnostic. — Avant le quatrième ou le cinquième mois, les symptômes de l'hystéroccèle sont assez douteux, à part les signes physiques fournis par le toucher, sur lesquels nous avons insisté page 817, l'*irréductibilité*, la *consistance ferme*, la *forme spéciale*, les *troubles dysménorrhéiques*, etc., ne suffisant pas à faire porter le diagnostic.

Mais à partir de cette époque, les signes ordinaires de la grossesse s'établissent, et, en outre, il existe à l'ombilic ou au pli de l'aîne une tumeur dans laquelle on peut reconnaître les parties fœtales. A l'ombilic, la hernie ne se forme habituellement que tardivement, au moment du travail et brusquement. A l'aîne, au contraire, il s'agit le plus souvent de hernie ancienne, antérieure à la grossesse, et qui, depuis la fécondation, tend à augmenter et à descendre sur la cuisse.

Le seul diagnostic à faire à cette époque est celui de grossesse utérine herniée, ou de grossesse extra-utérine. Or celle-ci se termine habituellement par la rupture de la poche, à une période rapprochée du début de la grossesse. Une grossesse de cette catégorie qui est ancienne et rapprochée du terme est donc une grossesse utérine.

Pronostic. — Il faut distinguer encore à ce point de vue les her-

the pregnant Uterus (*Americ. Journ. of Obstetrics*, 1880, p. 225). — KENNEDY, *Pregnancy and Auscultation*, 1883, p. 40. — EISENHART, *Inaugur. Dissert.* Leipzig, 1885. — FRYE, *Americ. Journ. med. Assoc.*, 1888. — VINAY, *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*. Paris, 1894, p. 128.