

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 suppuration, 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 Porro, 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.

nies ombilicales et les hernies inguinales. Ces dernières ne peuvent ordinairement être réduites, l'avortement spontané est en outre rare : c'est dire que l'accouchement ne peut presque toujours se terminer que par le Porro, ou l'opération césarienne. Sur 8 femmes opérées, 3 sont mortes, 5 ont guéri; 4 enfants ont été sauvés, 4 ont péri, dont 2 mort-nés. Une fois le Porro a été pratiqué avec succès, 5 fois la césarienne, avec 3 morts, 1 fois l'avortement pratiqué, 1 fois l'accouchement s'est fait spontanément.

Les hystérocèles ombilicales qui se produisent tard, qui ont un collet grand ouvert et qui ne contiennent qu'une partie du fœtus se terminent d'une façon heureuse. Quatre fois observées, elles n'ont donné aucune mortalité, pas plus pour l'enfant que pour la mère.

Nous avons dit pourquoi nous ne nous attarderions pas dans cet article à l'hystérocèle ventrale qui rentre dans la dystocie.

**Traitement.** — Réduire la hernie, la taxifier avec douceur, si elle résiste, et si elle ne peut rentrer, la soutenir avec un bandage : voilà tout ce qu'il y a à faire au début, surtout pour les hernies inguinales. On peut poser au début la question de l'avortement provoqué, étant donné le taux de mortalité qui suit les hystérectomies pratiquées à la fin de la grossesse, et qui atteint la moitié des enfants et presque autant de mères. En tout cas, nous donnons, pour qu'on y puise et qu'on y trouve les raisons de la conduite que l'on croira devoir suivre, la relation abrégée de tous les cas d'hystérocèles jusqu'ici publiés, 8 inguinales, 4 ombilicales, telles qu'elles ont été colligées par S. Adams dans le tableau ci-dessous modifié par M. Vinay (de Lyon).

OBSERVATEURS	VARIÉTÉ	ÉPOQUE où le diagnostic a été établi	TRAITEMENT	RÉSULTATS	
				Mère	Enfant
POL.....	Hernie ing.	Fin grossesse	Opérat. césar.	Morte le 3 <sup>e</sup> j.	Sauvé
SENNERT....	—	Bonne heure	—	Morte le 25 <sup>e</sup> j.	Sauvé
SAXTORPH....	—	Bonne heure	Accouc. spont.	Guérie	Mort-né
LÉDESMA....	—	3 <sup>e</sup> mois	Opérat. césar.	Guérie	Mort
FISCHER....	—	6 <sup>e</sup> mois	—	Morte	Sauvé
REKTORZIK..	—	4 <sup>e</sup> mois	—	Morte	Sauvé
SCANZONI....	—	4 <sup>e</sup> mois	Avort. prov.	Guérie	Avortem.
WINCKEL....	—	Bonne heure	Opér. de Porro	Guérie	Mort-né
LÉOTAUD....	Hernie omb.	8 <sup>e</sup> mois	Bandage	Guérie	Sauvé
MURRAY....	—	8 <sup>e</sup> mois	Accouc. spont.	Guérie	Sauvé
OLLIVIER....	—	9 <sup>e</sup> mois	Bandage	Guérie	Sauvé
HAGNER....	—	Pendant trav.	Forceps	Guérie	Sauvé
RUYSCH....	Hernie vent.	Bonne heure	Bandage	Guérie	Sauvé
ROUSSET....	—	5 <sup>e</sup> mois	Accouc. spont.	Guérie	Sauvé
PETIT.....	—	Bonne heure	Band. et perf.	Guérie	craniotom.
KENNEDY....	—	9 <sup>e</sup> mois	—	—	—
BUTTLER....	—	8 <sup>e</sup> mois	Bandage	Guérie	Sauvé
BELL.....	—	Pendant trav.	Bandage	Guérie	Sauv. jum.
FRY.....	—	6 <sup>e</sup> mois	—	—	—
PAPIN.....	H. sac-sciat.	Pas de gross.	Laparotomie.	Inconnue	Pas gross.

### XIII. — HERNIES DE LA VESSIE (1).

C'est par des autopsies et au cours d'interventions sur les hernies que l'on a constaté la présence de la vessie dans des sacs herniaires. Pendant longtemps, on s'est contenté de la simple mention de ces faits, puis l'anatomie pathologique et la pathogénie en furent étudiées, et aujourd'hui les cystocèles sont connues, expliquées et traitées, tout aussi bien que les plus classiques entérocéles. Cependant, parmi elles, celles qui relèvent de la variété inguinale sont beaucoup plus fréquentes et ont donné lieu à des travaux plus nombreux et de date plus ancienne que les cystocèles crurales, qui ne sont bien décrites que depuis quelques années seulement.

En 1520, Jean Sala a relaté la première observation de cystocèle inguinale. La deuxième appartient à Plater (1620). Un des travaux les plus importants est celui de C. Verdier qui, en 1753, réunit 20 cas de hernies vésicales, signale une couche de graisse qui recouvre une fois la hernie, et mentionne comme causes pathogéniques la distension vésicale et la diminution de la résistance des parois. Il rapporte une observation de hernie crurale de la vessie : c'est la première en date de cette variété. En 1867, Nélaton étudie la pathogénie de cet accident, et admet, avec la distension, un affaiblissement de la paroi vésicale, et un changement de ses rapports qui, sous l'influence d'un effort, permet son engagement dans un trajet herniaire.

Krönlein en 1874, Leroux en 1880, signalent chacun un cas de cystocèle inguinale. Signalons la thèse de La Barrière (1881). Duret (1883) s'occupe de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de ces hernies; Monod et Delagenière, en 1889, font connaître le rôle qu'ils attribuent au lipome vésical.

En 1890, un nouveau cas de cystocèle crurale est rapporté par Aüe, et Hedrick fait connaître 11 observations de cystocèle inguinale.

Dans son *Traité de la cure radicale des hernies*, Lucas Championnière s'occupe du traitement de ces hernies. Lejars, en 1893, rapporte

(1) KRÖNLEIN, *Arch. für klin. Chir.*, 1876. — LEROUX, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880. — LA BARRIÈRE, thèse de Paris, 1881. — DURET, Variétés rares des hernies inguinales, thèse d'agrégation, Paris, 1883. — MONOD et DELAGENIÈRE, *Revue de chir.*, 1889. — AÜE, *Centralblatt für Chir.*, 1890, n° 12, p. 248. — HEDRICK, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1890. — LEJARS, *Revue de chir.*, 1893. — DEMOULIN, *Union méd.*, 1893. — PIQUET, thèse de Paris, 1893. — GUTERBOCK, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1892. — OTTO LANZ, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1892. — REY-SCHOONEN, GUÉPIN, *Rev. de chir.*, 1893. — MACREADY, *The Lancet*, 1894. — REY-MOND, *Bull. de la Soc. anat. Paris*, 1894. — JABOULAY et VILLARD, *Lyon méd.*, 1895. — CURTIS, *Ann. of Surgery*, 1895. — LARDI, *Revue de chir.*, 1896. — FROELICH, *Revue méd. de l'Est*, 1896. — URBAIN GUINARD, *Arch. de méd.*, janvier 1896. — IMBERT, *Ann. des mal. des voies génito-urin.*, 1896. — LEGRAND, thèse de Paris, 1896. — FARGUES, thèse de Nancy, 1897. — GIBSON, *Medical Record*, 1897. — DE BOVIS, *Gazette des hôpitaux*, 1897. — FRIEDRICH BRUNNER, *Ueber Harnblasenbrüche (Zeitschrift für Chirurgie)*, 1898).