

moyen volume peut être maintenue par une pelote ronde et large que supportent deux ressorts latéraux mobiles. — L'appareil à ressorts de DOLBEAU convient aux volumineuses hernies ombilicales des femmes grasses. — Les hernies incoercibles et irréductibles sont tenues par des plaques concaves rembourrées ou par de vrais suspensoirs fixés à des bretelles.

2° CURE OPÉRATOIRE. — En raison du développement progressif de la hernie ombilicale de l'adulte, des accidents d'engouement ou d'étranglement auxquels elle expose, de la déchéance organique qu'elle entraîne (albuminurie, glycosurie, complications pulmonaires), la cure radicale précoce est une excellente intervention.

Les conditions opératoires sont ici comme partout : *destruction et pédiculisation élevée du sac : constitution d'une cicatrice pariétale épaisse et résistante.* — Après incision cutanée verticale ou elliptique sur la tumeur, on incise le sac, on libère l'épiploon adhérent par gros paquets, on dissèque le sac jusqu'à sa réflexion sur la paroi. Comme il est malaisé, pour poursuivre la pédiculisation haute du sac, de décoller la séreuse adhérente au niveau du collet à la fibreuse sous-jacente, on enlève une bande plus ou moins large de ce contour fibreux : ce qui s'appelle l'*omphaléctomie*. Cette excision de l'anneau ombilical permet d'une part, de détruire à distance le plan glissant péritonéal, d'autre part d'affronter sur les parties latérales, non une ligne, mais toute l'épaisseur de la paroi abdominale (CHAMPIONNIÈRE, SOCIN, TERRIER, CONDAMIN, QUÉNU). C'est le principe des sutures de laparotomie, par plans exactement conjoints : péritoine d'abord ; feuillet postérieur de la gaine des droits ; corps musculaires des droits ; feuillet antérieur de leur gaine ; peau.

ARTICLE IV

HERNIE ÉPIGASTRIQUE; HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE

Définition. — La hernie épigastrique est celle qui se développe à travers une éraillure de la ligne blanche, à une certaine distance au-dessus de l'ombilic.

Anatomie pathologique. — Les éléments suivants la constituent : 1° sous la peau on trouve un paquet de graisse sous-péritonale, qui, à travers l'orifice fibreux de la ligne blanche, se continue avec une masse jaune de tissu cellulo-graisseux, sous-cutané entourant le pédicule herniaire; 2° au-dessous de ce paquet adipeux, un diverticule péritonéal, un cul-de-sac

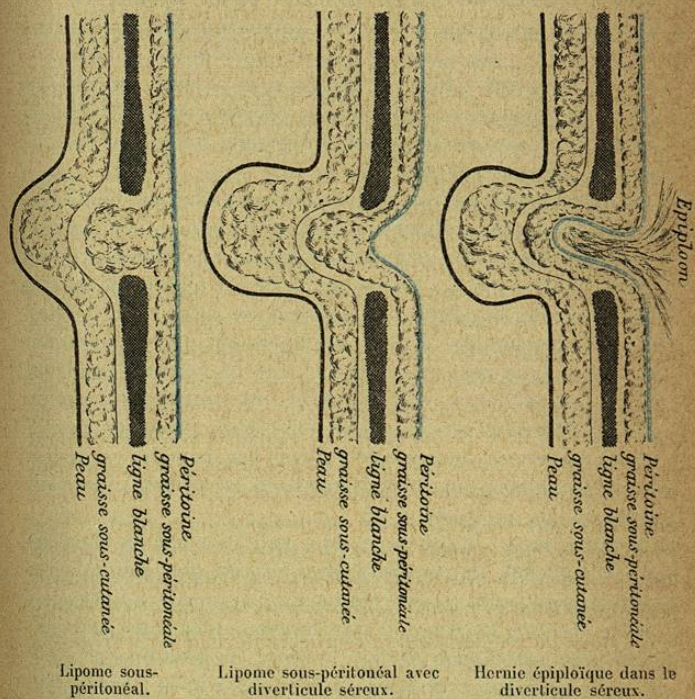


Fig. 142.

Schéma montrant trois types de la hernie épigastrique.

séreux plus ou moins entraîné en dehors, où il est rare de trouver l'intestin, exceptionnel de rencontrer l'estomac et où descend ordinairement de l'épiploon, qui devient adhérent et

se roule en corde; 3° un trou fibreux de la ligne blanche, petit et résistant.

Pathogénie. — C'est le paquet adipeux sous-cutané qui joue le rôle capital dans le développement de la hernie. TILLAUX et CHAMPIONNIÈRE l'ont bien formulé : un peloton de graisse fluide s'insinue dans l'orifice aponévrotique et vient saillir sous la peau; à ce moment, ce n'est en réalité qu'un lipome, ou plus exactement une hernie graisseuse : même à ce stade, la hernie peut provoquer une partie des accidents réflexes propres à la hernie épigastrique. Puis, la graisse sous-séreuse entraîne avec elle le péritoine qui lui adhère et le déprime en un diverticule glissant : un sac est formé et un viscère, l'épiploon surtout, peut s'y engager (voy. fig. 142).

Symptomatologie. — A l'encontre de la hernie ombilicale, cette hernie garde ordinairement un petit volume, ne dépassant guère celui d'une noix, d'un œuf de pigeon. En revanche, comme le dit CHAMPIONNIÈRE, « tandis que la hernie ombilicale est souvent indolente, ou plutôt peu douloureuse jusqu'à un développement considérable, celle-ci est habituellement douloureuse dès le début; on peut voir avec elle tous les degrés d'accidents, depuis les douleurs irrégulières et intermittentes irradiées dans l'abdomen et vers les régions des reins, jusqu'aux névralgies abdominales incessantes; tous les troubles digestifs, depuis les malaises qui suivent l'ingestion des aliments jusqu'aux vomissements habituels ».

Traitement. — La thérapeutique palliative par les bandages est ici sans effet. La cure radicale s'impose, par sa simplicité : après incision verticale des téguments, la masse adipeuse est isolée; l'orifice fibreux doit être largement débridé pour permettre une extirpation parfaite du sac, du péritoine et de la graisse avoisinante; quelques points de suture perdus rapprochent les bords avivés de l'orifice fibreux.

ARTICLE V

HERNIE DU CÆCUM ET DU COLON

Anatomie pathologique. — « En disséquant des hernies scrotales, du côté droit, formées par le cæcum, l'appendice vermiforme et le commencement du colon, j'ai plusieurs fois observé que ces intestins avaient entraîné dans le scrotum le feuillet du péritoine auquel ils étaient naturellement fixés dans le flanc droit, en sorte que cette portion du grand sac péritonéal concourait à former le sac herniaire. A l'ouverture de celui-ci, on voyait les intestins attachés à ses parois, de la même manière qu'ils étaient dans la cavité abdominale avant leur déplacement. C'est ce mode d'union que j'ai cru devoir désigner par le nom d'*adhérence charnue naturelle*. »

Telle est l'explication nette et exacte, par laquelle SCARPA, dès le commencement du XIX^e siècle, a fait comprendre les conditions spéciales d'irréductibilité que présentent les hernies du gros intestin, surtout celle du cæcum ou du colon lombaire gauche, et qui peuvent dérouter un opérateur peu instruit sur le sujet. — Par des recherches anatomiques multipliées, SCARPA a suivi pas à pas la formation des hernies du cæcum et du colon droit, ainsi que celles du colon iliaque gauche. Les travaux de BARDELEBEN (qui dès 1849 décrit le revêtement péritonéal du cæcum), de TRÈVES, de TUFFIER ont achevé de fixer cette question, si clairement exposée par SCARPA.

A l'encontre de l'opinion jusqu'à présent classique, il est établi : 1° que le cæcum à droite et l'anse oméga à gauche sont complètement entourés de péritoine; 2° que ce revêtement séreux viscéral se continue avec le péritoine pariétal par un méso qui diminue de plus en plus d'étendue à mesure que l'on passe, de cette portion libre et coiffée par la séreuse à une portion de colon (ascendant à droite, descendant à gauche) dont la face postérieure est dépourvue de péritoine.

Dans ces conditions, le cæcum ou l'anse oméga, remplis