

perdu droit de domicile, mais celles qui ne sont pas manifestement au-dessus des ressources de l'art doivent être opérées, à mon avis, toutes les fois qu'il n'y a pas, dans l'état général ou local, une contre-indication nette.

Que redoute-t-on pour ces malades ? La congestion pulmonaire ? C'est vrai. Aussi devra-t-on les faire assoir le plus tôt possible. Dès le second jour de l'opération même.

Que sera cette opération ? Sera-t-elle aussi complète, aussi minutieuse, aussi parcimonieuse du testicule que chez l'adulte ? Non. Il faut aller vite en besogne et faire du solide autant que possible, mais non pas du fin. Qu'on me comprenne bien ; je n'ai pas jusqu'ici parlé de la castration dans la cure radicale parce qu'on l'a toujours considérée comme l'opprobre de la chirurgie. Chez l'adulte et chez l'enfant, c'est entendu ; chez le vieillard, c'est moins certain. N'a-t-on pas proposé et fait la castration contre l'hypertrophie prostatique ? Ceci pour dire qu'au cours d'une cure radicale chez le vieillard, si l'ancienneté du cas rend la difficulté trop grande, il est parfaitement légitime, avec l'assentiment du malade, d'abrèger l'acte opératoire par la castration. Une fois le canal inguinal veuf de son cordon spermatique, rien n'empêchera de le fermer complètement et la cure n'en sera que plus solide.

Le progrès, pour moi, consistera à étendre les bienfaits de la cure radicale aux vieillards. Sans doute la paroi ainsi obtenue ne sera jamais bien solide, mais l'opération ne permettrait-elle que l'application plus efficace d'un bandage et une diminution dans la force de ce dernier, que le malade en aurait retiré un bénéfice très appréciable.

IV. — *Hernie inguinale chez la femme.* — Autant la hernie inguinale est fréquente chez l'homme, autant elle est rare chez la femme. Pour ma part, je ne puis admettre que le nombre des hernies inguinales chez la femme soit plus grand que celui des crurales. Je suis convaincu que les auteurs qui professent cette opinion ont été victimes d'illusions et, bien qu'il s'agisse là d'autorités indiscutables, leur diagnostic clinique ne saurait prévaloir contre les constatations faites au cours de cures radicales. Or, en me basant uniquement sur des constatations indiscutables, je soutiens que l'inguinale est moins fréquente chez la femme que la crurale. Seulement la différence est moins grande qu'on ne le croit généralement. Certes, le nombre des crurales étranglées est beaucoup plus considérable que celui des inguinales, mais la proportion est renversée si on envisage les hernies en dehors de l'état d'étranglement.

La plupart des hernies inguinales que l'on voit chez la femme sont des *hernies du canal de Nück*, qui est le pendant du canal vagino-péritonéal chez l'homme. Je rappelle que chez la femme le canal inguinal est très étroit, qu'il est virtuel et que son orifice externe punctiforme ne laisse passer qu'un filet nerveux, quelques vaisseaux très grêles, un maigre faisceau de fibres lisses qui constitue la terminaison du ligament rond et enfin un très petit peloton adipeux. Dans ces conditions, comment veut-on que la hernie inguinale soit fréquente ?

Étant donné que l'orifice inguinal externe est presque oblitéré, il n'est pas étonnant qu'on puisse voir la hernie ne pas le franchir, se développer en arrière de lui et constituer une hernie interstitielle, ainsi que j'en ai observé un exemple.

A un degré de plus la hernie sort par l'orifice externe et pointe directement en avant (bubonocèle). Enfin, à l'état complet, elle s'engage dans la grande lèvres et peut acquérir un volume considérable, comme celle de la figure 150.

La hernie inguinale chez la femme contient ordinairement de l'épiploon, ou de l'intestin ; assez souvent la trompe et l'ovaire. Dans nombre de cas, la hernie après avoir été habitée, s'oblitére au collet, se distend de liquide et constitue un kyste sacculaire.

Les symptômes découlent de ce qui précède. Il est facile de les imaginer. La hernie interstitielle n'est généralement observée qu'à l'état d'étranglement. Elle forme au-dessus de l'arcade, dans la région inguinale de la paroi, une tumeur éta-

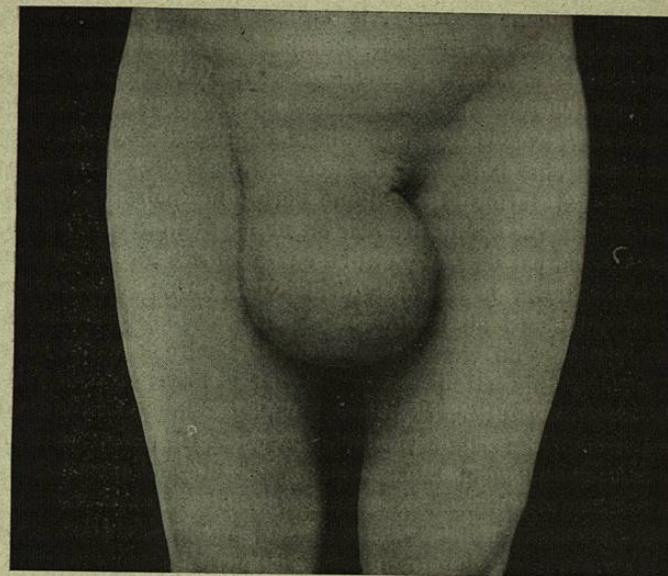


Fig. 150. — Volumineuse hernie inguinale chez une femme de 24 ans. (Photographie.)

lée. La pointe de hernie forme une tumeur arrondie au niveau de l'orifice externe.

Le diagnostic d'avec la hernie crurale est délicat et parfois presque impossible. Il se fait surtout par la situation de la tumeur, qui n'est pas absolument la même, par la situation de son pédicule, et les rapports de ce dernier avec l'arcade crurale, avec l'artère fémorale, avec l'épine du pubis, avec les bourses. Lorsqu'il est possible de réduire la hernie et d'engager le doigt à la suite dans l'orifice herniaire, le diagnostic s'impose en règle générale. Dans l'immense majorité des cas, à mon avis, on ne risquera pas de se tromper en diagnostiquant une crurale dans les cas où il peut y avoir du doute.

L'intestin s'étrangle rarement dans les inguinales, chez la femme ; l'épiploon plus souvent s'y enflamme et forme alors une tumeur fluctuante, douloureuse et irréductible.

Le traitement idéal de la hernie inguinale chez la femme, c'est la cure radicale qui peut facilement se pratiquer à la cocaïne et qui ne présente aucune des

difficultés qu'on rencontre chez l'homme. Ici, en effet, aucun organe délicat à ménager; on peut curer le canal inguinal et l'oblitérer ensuite complètement. Ce sont là les meilleures conditions pour obtenir une cure radicale.

Lorsqu'on a affaire à une très volumineuse hernie, comme celle représentée plus haut, il est bon de faire une résection du scrotum, absolument comme dans l'opération du varicocele, afin de ramener les deux lèvres à des proportions à peu près semblables, après la cure radicale.

V. — *Hernies inguinales de contenu anormal (vessie, utérus, trompe et ovaire)*. — On peut ranger sous ce chef les hernies qui contiennent les organes génitaux urinaux, *vessie, utérus, trompe et ovaire*. Quant à celles qui contiennent le *colon, le cæcum et l'appendice*, elles ont été décrites avec les hernies adhérentes.

Les hernies de la *vessie* ne se voient guère que chez les vieux prostatiques dont la vessie dilatée remonte fréquemment au-dessus du pubis, et se met plus ou moins en rapport avec la région herniaire. Cependant on peut l'observer chez de jeunes sujets et chez la femme. Dans ces cas, la vessie est toujours entraînée par le péritoine qui forme le sac d'une hernie ordinaire. Les seules intéressantes, au point de vue opératoire (car on ne les distingue guère en clinique, sont celles qui n'ont pas de sac, ou qui n'ont qu'un sac incomplet. Dans ces cas, on est exposé à blesser le réservoir urinaire. Si on ne sait pas reconnaître à temps la vessie, d'abord au lipome qui la précède, ensuite à l'aspect de ses fibres charnues et qu'on vienne à l'ouvrir, il faudra la recoudre avec soin, isoler le mieux possible cette plaie du péritoine et placer une sonde à demeure.

Quant à la cure de ces hernies elle s'obtient en refoulant l'organe derrière la paroi et en reconstituant celle-ci d'une façon solide. On réséquera du sac le plus possible, sans naturellement toucher à la vessie et sans chercher à dépouiller celle-ci de la séreuse péritonéale.

Les *hernies de la trompe et de l'ovaire* sont presque toujours *congénitales*. On les observe donc chez les sujets jeunes et presque toujours dans la région inguinale. Les troubles de la menstruation n'ont rien de caractéristique; en revanche, pour peu qu'on y pense, on pourra diagnostiquer l'ovaire à sa forme et à sa sensibilité spéciale. Cet organe est susceptible de devenir kystique et d'acquies un énorme volume.

Que faut-il faire des annexes lorsqu'on les trouve dans une hernie? Les conserver et les réduire, si la chose est facile et s'ils sont complètement sains; les réséquer dans le cas contraire.

Les *hernies de l'utérus* sont bien rares; elles sont tantôt *congénitales*, tantôt acquises. L'utérus en ectopie herniaire peut devenir le siège de la conception. Presque toujours alors, il faudra, le plus tôt possible, opérer et réduire, si l'on peut; sinon faire l'ablation de cet utérus gravide. SAVARIAUD.

HERNIE OMBILICALE. — La hernie qui se fait par l'ombilic se voit surtout à deux âges de la vie, chez l'enfant dans les deux sexes, et chez la femme adulte, passé la quarantaine. Dans la période intermédiaire on n'en voit guère.

Hernie du nouveau-né. — La hernie *congénitale* présente deux variétés: la *hernie fœtale* et la *hernie embryonnaire*.

La hernie *fœtale* se fait dans l'intérieur du cordon ombilical en refoulant le péritoine. Elle contient ordinairement l'intestin grêle, plus rarement d'autres viscères, tels que le gros intestin par exemple. Elle est presque toujours petite, pédiculée et généralement réductible.

Lorsque le cordon tombe, il fait place à une membrane granuleuse, dont la cicatrisation aboutit à la rétraction de l'orifice ombilical. Il en résulte que ces hernies ont tendance à guérir d'elles-mêmes. Aussi leur nombre diminue-t-il passé 2 ou 3 ans.

Un des dangers qu'offre cette hernie, c'est d'être méconnue à la naissance et d'être comprise dans la ligature du cordon. Pareille méprise qui aboutit à l'étranglement de l'intestin et à l'anus contre nature, n'arrivera pas si on a soin de ne lier le cordon qu'à une certaine distance de l'ombilic et après s'être assuré qu'il ne renferme pas de hernie.

En dehors de cet accident, la hernie du cordon est bénigne, ne s'étrangle pour ainsi dire jamais et tend à guérir spontanément pour peu qu'on y aide.

Le mieux est de laisser les choses en état jusqu'à la chute du cordon. A partir de ce moment on refoulera la petite tumeur avec un tampon de coton aseptique, qu'on maintiendra avec une bande d'emplâtre faisant deux fois le tour du corps; on se sert pour cela de diachylon ou d'emplâtre à l'oxyde de zinc. On peut donner plus de précision au bandage en interposant une pièce de monnaie entre le tampon de coton et le bandage.

Ce bandage très simple, facile à fabriquer et dont l'application est à la portée de toutes les mains, n'est pourtant pas sans inconvénients.

A la longue, les emplâtres irritent la peau si fragile des nouveau-nés, ils empêchent les ablutions qui jouent un si grand rôle dans la santé des enfants. Aussi doit-on préférer à ces pansements inamovibles et sales, une ceinture en caoutchouc avec pelote à air du genre de celle-ci qui est représentée ici (fig. 151).

Enfin, il faut bien le dire, un certain nombre de ces hernies ne guérissent qu'incomplètement. Le sac persiste, et l'intestin sort malgré le port prolongé du bandage. Dans ces cas il est tout à fait légitime de faire la cure radicale, qui consiste à exciser la cicatrice et à placer 2 ou 3 points sur l'orifice. L'opération ne devra être pratiquée qu'après 5 ou 4 ans. Elle est d'une facilité, d'une bénignité et d'une efficacité remarquables.

La *hernie embryonnaire* est infiniment plus grave que la précédente (fig. 152). Elle est presque toujours volumineuse, plus ou moins irréductible et mate car elle contient le foie qu'on aperçoit par transparence, ainsi que l'intestin qui l'accompagne, à travers l'enveloppe translucide, qui n'est autre que la base démesurément élargie du cordon ombilical. C'est un tissu jaune verdâtre, privé de vaisseaux, tapissé superficiellement par l'amnios qui se continue avec la peau, et profondément par une membrane également privée de vaisseaux qui se continue avec le péritoine. Tous ces tissus privés de vaisseaux sont destinés à se mortifier comme le cordon lui-même et à laisser à leur place une membrane granuleuse qui, à la longue, finit par s'épidermiser et par former une cicatrice

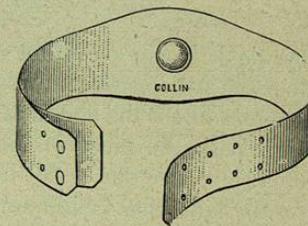


Fig. 151. — Bandage en caoutchouc avec pelote à air pour nouveau-nés.

étoilée qui attire et fronce la peau du voisinage, ainsi que les aponévroses voisines. En somme, grâce à ce processus qui est absolument le même que celui qui préside à la chute du cordon et à la formation de l'ombilic, cette hernie arrive à se recouvrir de peau ou tout au moins de tissu cicatriciel; c'est ce qui constitue la guérison naturelle fort incomplète d'ailleurs et toute relative, car la plus grande partie de la hernie persiste (fig. 155). La cause de cette persistance me paraît résider dans l'adhérence de la face convexe du foie aux enveloppes de la hernie. C'est elle qui s'oppose à la réduction complète; c'est elle aussi, à mon avis, qui est la

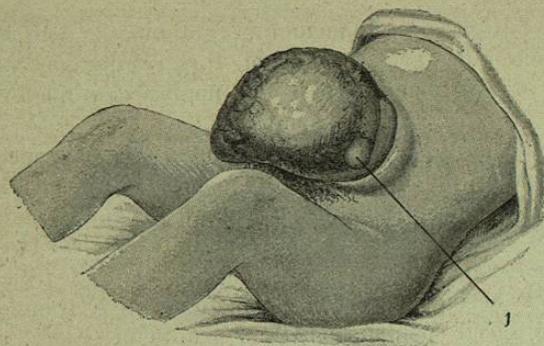


Fig. 152. — Hernie ombilicale embryonnaire.
(Berger, *Traité de chirurgie.*)

cause de la hernie ou plutôt de l'ectopie des viscères herniés. En effet, cette adhérence est constante, on la trouve signalée dans presque toutes les observations; dès lors il devient naturel de penser qu'elle joue un rôle fort important dans la pathogénie mal connue de la hernie embryonnaire. Pour mon compte personnel, je pense que le fait initial est une adhérence du foie avec la membrane primitive qui, chez l'embryon forme la paroi de l'abdomen. Plus tard cette membrane est remplacée par la paroi abdominale définitive, c'est-à-dire par la peau, les muscles, les aponévroses et le péritoine. Cette transformation se fait partout, sauf au niveau de l'adhérence pathologique et les viscères restent définitivement ectopés. Ils n'arrivent à se recouvrir d'épiderme qu'après la naissance et la chute du cordon, d'après le mécanisme que j'ai indiqué.

A côté de cette variété spontanément guérissable, il y a beaucoup d'autres malformations ombilicales, incompatibles avec la vie (fentes allant du pubis à l'appendice xyphoïde et au delà, s'accompagnant d'ectopie de la plupart des viscères abdominaux et thoraciques, de fistules intestinales, vésicales, etc.). La plupart de ces monstruosités sont uniquement du ressort de la tératologie.

Enfin, il faut bien savoir que la guérison spontanée des hernies embryonnaires, n'est possible qu'à la condition d'une rigoureuse asepsie.

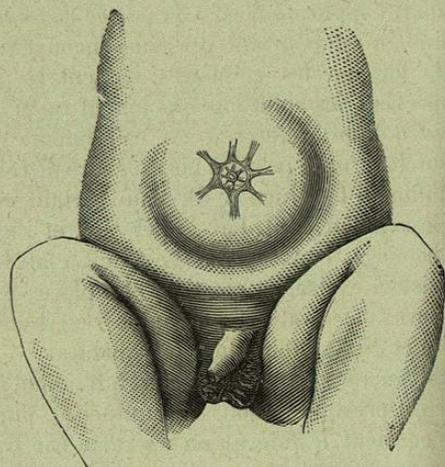


Fig. 155. — Guérison naturelle de cette hernie.
(Berger, *Traité de chirurgie.*)

aussi, à mon avis, qui est la

Si les pansements du cordon ne sont pas minutieux, la plaie granuleuse peut être le point de départ d'un érysipèle, voire d'une péritonite. Enfin les enveloppes peuvent tomber ou se rompre en dehors de l'adhérence signalée et la cavité péritonéale se trouver ouverte.

Aussi, pour éviter ces accidents, on a eu depuis longtemps l'idée de pratiquer, dès la naissance, la cure radicale de ces hernies avant la mortification des enveloppes. L'opération est parfaitement légitime et réussit très bien, lorsque la hernie n'est pas de trop gros volume. On excise la membrane amorphe qui forme l'enveloppe de la hernie. On ouvre le péritoine et on s'oppose à l'issue de l'intestin. Le foie, comme c'est la règle, adhère-t-il largement aux enveloppes, on respecte cette adhérence et on la réduit après en avoir désinfecté la surface, avec le foie, dans la cavité abdominale. Il ne reste plus qu'à recoudre les différents plans, péritoine, bords de l'orifice aponévrotique souvent très large, et finalement par-dessus le tout, la peau.

Cette opération s'impose lorsque les enveloppes de la hernie ont été rompues pendant l'accouchement. En revanche, on ne l'entreprendra pas si le cordon est déjà tombé et si la tumeur est recouverte d'une couche granuleuse et suppurante; on attendra alors l'épidermisation complète avant de pratiquer la cure radicale.

Hernie ombilicale infantile. — Tout ce que j'ai dit de la hernie fœtale s'applique également à la hernie infantile. Celle-ci est beaucoup plus fréquente que la première. La hernie se développe au niveau de la cicatrice ombilicale encore fragile dans les mois qui suivent la naissance, sous l'influence de toutes les causes qui contribuent à augmenter la pression abdominale et à affaiblir ses parois. Cris, quintes de toux, efforts de miction (phimos) de défécation (constipation, diarrhée), dilatation de l'estomac et de l'intestin (athrepsie, rachitisme).

Elle est plus fréquente chez les petits garçons (phimos). Pour son évolution, son pronostic et son traitement, je renvoie à la hernie fœtale. Lorsque le bandage n'a rien donné après 5 ou 4 ans, il faut conseiller la cure radicale.

Hernie ombilicale de l'adulte. — La hernie de l'adulte ne se voit guère que chez les femmes obèses et multipares qui ont franchi la quarantaine. La multiplicité des grossesses joue un rôle indéniable, mais l'obésité est un facteur plus considérable: toutes deux agissent en dilatant l'abdomen et l'orifice ombilical. Une fois la hernie constituée, les douleurs qu'elle engendre entraînent un état d'impotence et d'inaction qui favorise l'obésité et aggrave ainsi la hernie; de sorte qu'un cercle vicieux est constitué d'où la malade ne peut sortir que par la cure radicale de sa hernie.

Anatomie chirurgicale. — La hernie ombilicale sort toujours par l'anneau ombilical. Elle sort directement d'arrière en avant et j'avoue ne pas bien comprendre, en dehors des simples hernies graisseuses, l'existence de hernies ombilicales obliques, sortant par le canal de Richet. Ce que j'ai vu par exemple, c'est une hernie oblique de la ligne blanche coexister avec une hernie ombilicale. Cette hernie uniquement graisseuse passait entre deux faisceaux natiformes qui s'imbriquaient comme les tuiles d'un toit ou les barreaux d'une jalousie.

Il est peu important de savoir que la hernie se fait par la partie supérieure de l'anneau. (Ce qui n'a d'ailleurs rien de constant.) Il est plus utile de savoir

que l'anneau ombilical est rigide, et forme *une bague très épaisse* et solide qui sertit le collet du sac et se prolonge un peu sur lui. Sa solidité lui vient du tassement des fibres aponévrotiques refoulées par la hernie; cette solidité est une raison pour respecter cet orifice, pour éviter de le débrider inutilement, à plus forte raison de le réséquer quand on fait la cure radicale. Plus petit sera l'orifice à boucher, et plus facile sera la cure.

L'anneau ombilical n'adhère pas fortement au collet ainsi qu'on le dit mais de même que dans les autres hernies l'orifice fibreux envoie au collet quelques fibres aponévrotiques en sautoir, qui le consolident et le fixent. La limite de l'anneau est donc toujours un peu artificielle et on la crée au bistouri quand on cherche à le circonscrire.

Les muscles grands droits sont nécessairement plus éloignés l'un de l'autre qu'à l'état normal et la ligne blanche est élargie, surtout au-dessus de la hernie. Ces muscles et leurs aponévroses ont bien souvent perdu de leur solidité, les fibres musculaires sont pâles et grasseuses, les muscles sont étalés, les aponévroses sont distendues, affaiblies, éraillées. Quand on recoud ces tissus fragiles, il faut avoir bien soin de ne pas faire des trous trop gros et surtout de ne pas déchirer les aponévroses avec des aiguilles qui accrochent.

Le sac est très mince, il est doublé en dehors d'un peu de graisse, séparée de la graisse sous-cutanée par un plan de clivage. Eviter de procéder à la dissection du sac comme s'il s'agissait d'une hernie inguinale congénitale. Ici il n'y a aucun organe à respecter autour du sac, on peut tailler en pleine graisse. La face interne du sac est ordinairement très irrégulière, elle présente l'aspect réticulé de la face interne des oreillettes du cœur avec leurs piliers et leurs logettes. Elle présente des brides et des cloisons sur lesquelles l'intestin peut s'étrangler. Presque toujours la face interne du sac adhère à l'épiploon. Cette adhérence se fait avec le fond du sac, c'est-à-dire avec la partie la plus ancienne de la hernie, car celle-ci s'agrandit par glissement et distension des parties voisines du pédicule. Au niveau du fond du sac c'est-à-dire au niveau de la cicatrice ombilicale la graisse sous-cutanée disparaît et la peau adhère intimement à la hernie. Eviter par conséquent d'aborder le sac à ce niveau; du premier coup on tomberait sur le sac et sur des adhérences épiploïques inextricables.

Symptômes. — Au début la hernie a un petit volume, qui ne dépasse pas celui d'une noisette. Elle déplisse l'ombilic, est formée d'intestin ou d'épiploon et rentre dès qu'on pose le doigt sur elle. A sa suite le doigt s'engage dans un orifice peu dilaté dont il sent le contour fibreux, mince et tranchant. Cette période où l'opération est d'une simplicité extrême, ne dure malheureusement pas longtemps, ou bien passe facilement inaperçue en raison de l'absence de troubles.

Au bout d'un temps que les malades ne peuvent généralement pas préciser, la tumeur contracte des adhérences, et, dès lors, devient douloureuse. Tout d'abord ce n'est qu'un petit bout d'épiploon qui reste dans le sac, mais bientôt ce sont des portions de plus en plus considérables; si bien qu'en quelques années, la tumeur dissimulée par l'énorme couche adipeuse de ces malades, mais facile à apprécier à la palpation, finit par acquérir le volume d'un poing, voire de deux poings d'adulte. Dès lors les troubles fonctionnels deviennent de plus en plus considérables, ce sont des coliques, des tiraillements douloureux au

creux épigastrique, dans les côtés, dans les reins, une impossibilité de plus en plus complète de se livrer à aucun effort. Enfin la période des complications arrive.

Complications. — Aucune hernie n'est plus sujette que l'ombilicale aux complications graves ou légères des hernies. Toutes ces complications sont ou bien des *variétés* d'étranglement comme l'épiloïte qui est le type de l'inflammation herniaire avec rougeur, œdème de la peau, douleur vive, contrastant avec un état général excellent et une circulation intestinale à peine altérée, ou bien des *degrés* dans l'étranglement comme ce qu'on appelle engouement de la hernie. D'ordinaire ces accidents se calment spontanément après quelques jours de repos, de glace ou de pansements humides auxquels on joint un purgatif ou mieux un bon lavement; mais d'autres fois les choses ne tournent pas aussi avantageusement; à la suite de l'épiploon une anse d'intestin s'engage dans la hernie, ou bien l'anse qui était modérément serrée s'étrangle tout à fait et dès lors les choses marchent très vite; malgré le coussinet épiploïque la gangrène n'est pas rare et en tout cas les malades épuisés, intoxiqués par la stercorémie, meurent souvent malgré une kélotomie des mieux conduites. Aussi toutes les fois qu'on a lieu de supposer qu'une anse intestinale est prise dans la hernie, il ne faut avoir de tranquillité que lorsque cette anse est rentrée; que si elle ne rentre pas, ou bien si elle ressort presque aussitôt, le mieux est de faire d'emblée la kélotomie. Dans les circonstances opposées, si l'intestin se laisse réduire, si le malade en éprouve un soulagement marqué, et surtout si à la suite, il a une bonne selle, il vaudra mieux attendre la fin de la crise et opérer *à froid*, avec un intestin moins ballonné, un ventre plus souple, une peau mieux désinfectée, un malade plus résistant. On profitera de la convalescence pour nettoyer le tube digestif et commencer une *cure d'amaigrissement* qui sera très profitable au malade à tous les points de vue, et notamment au point de vue de la récurrence.

Diagnostic. — Il n'est délicat que lorsqu'il s'agit d'une pointe de hernie et que celle-ci est constituée par un bout d'épiploon irréductible qu'on peut confondre avec le noyau cicatriciel de l'ombilic.

Plus tard le diagnostic ne présente aucune difficulté. Lorsque la hernie est volumineuse, irréductible, douloureuse, on ne discutera pas indéfiniment sur la nature exacte des accidents et pour peu que la circulation intestinale soit interrompue, on traitera d'emblée la tumeur comme une hernie étranglée.

Pronostic. Evolution. — La hernie ombilicale est une des plus graves; c'est certainement la plus douloureuse, c'est la plus rebelle au traitement non radical. Livrées à elles-mêmes bon nombre de ces hernies finissent par entraîner la mort par étranglement. Lorsqu'elles ne menacent pas directement l'existence, elles la rendent insupportable par les douleurs qu'elles occasionnent et par l'impotence qu'elles entraînent.

Traitement palliatif. Bandages. — Le traitement par le bandage est purement palliatif chez l'adulte; on ne peut signaler à son actif aucune guérison. Tout au plus s'oppose-t-il dans une certaine mesure à l'accroissement démesuré de la hernie. Et encore! Le bandage glisse, passe par dessus, blesse le malade. Quelle fixité peut-il bien avoir sur le ventre ballottant d'une femme obèse. Comment la pelote peut-elle refouler efficacement la hernie à travers six

centimètres de graisse. Le doigt lui-même est impuissant à maintenir la hernie, la pelote qui est inconsciente serait-elle donc plus habile?

Quand la hernie est irréductible, et elle le devient vite, c'est pire encore. Il ne reste plus comme ressource que les pelotes concaves, les suspensoirs et

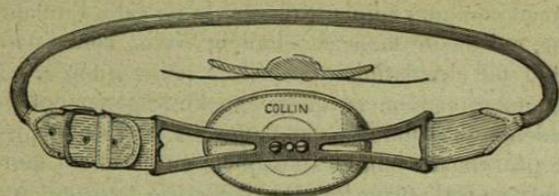


Fig. 154. — Baudage de Dolbeau.

besaces retenues par des bretelles et des sous-cuisses.

Et pourtant combien peu de malades sont assez confiantes dans la chirurgie pour quitter cette sorte de harnais inutile et incommode, pour accepter la cure radicale. C'est que

celle-ci est encore chargée des méfaits de la période pré-antiseptique, elle reste grave encore entre des mains peu expérimentées, entre les mains surtout qui ne sont pas rompues à la pratique de l'asepsie. Apprenons donc à faire l'opération d'une façon impeccable, afin de mériter la confiance des malades et afin de pouvoir leur communiquer la conviction qui nous anime.

Cure radicale. — Pratiquée au début, la cure radicale est d'une simplicité remarquable. Il faut cependant tenir compte que l'épaisseur de la graisse sous-cutanée constitue toujours une condition défavorable. L'opération consiste à aborder la tumeur par le collet, à exciser ce dernier et à pratiquer ensuite de solides sutures. Je vais à dessein choisir comme type de ma description un cas de tumeur irréductible et d'un très gros volume chez une femme fortement obèse.

Soit par exemple une hernie du volume du poing, contenant de l'intestin et des masses épiploïques adhérentes au fond du sac. Si on aborde celui-ci par le fond on se perd dans des adhérences inextricables, on y passe un temps précieux et une fois ce travail terminé, c'est à peine si on a accompli la moitié, je devrais dire le quart de sa besogne, car il reste encore à réséquer le sac, à aviver la paroi musculo-aponévrotique et, enfin à recoudre le tout d'une façon très solide.

Si au contraire, on aborde la tumeur par le collet, si on ouvre le sac à ce niveau, si on lie d'abord l'épiploon adhérent et qu'on résèque ensuite d'un seul bloc, cet épiploon, le sac, et la peau qui le recouvre, on pourra accomplir ce premier temps en une vingtaine de minutes et il ne restera plus qu'à recoudre. Donc :

1^{er} temps. — *Incision elliptique de la peau dépassant largement les limites de la tumeur en haut et en bas.*

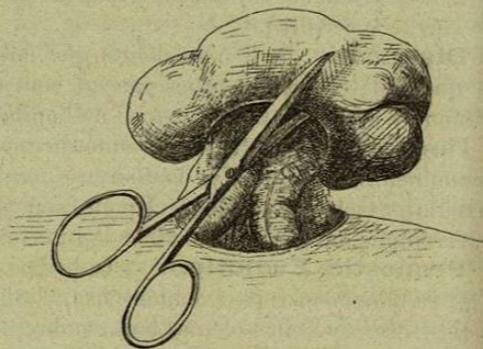


Fig. 155. — Manière de sectionner le collet après avoir ouvert le péritoine à son niveau.

2^e temps. — *Section jusqu'à l'aponévrose de la graisse épaisse de 5 à 6 cent. d'ordinaire, en se tenant aux côtés du sac que l'on voit avec un peu d'attention et qui se dissèque assez facilement.* — Inutile d'ailleurs de suivre de près le sac sur ses parties latérales, il suffit de l'atteindre au niveau de son pédicule.

3^e temps. — *Libération du pédicule.* — Pour cela si le pédicule n'est pas déjà découvert, il suffit de râcler avec une compresse l'aponévrose en se dirigeant vers le pédicule; ce dernier ne tarde pas à apparaître.

4^e temps. — *Section du pédicule avec les ciseaux ou la pointe du bistouri sur la moitié au moins de la circonférence.*

5^e temps. — *Section du sac suivant un de ses méridiens du collet vers le fond aux ciseaux ou simplement par déchirement (fig. 155).* Immédiatement on voit sortir l'épiploon et l'intestin. Ce dernier est aussitôt refoulé avec une compresse.

6^e temps. — *Ligature de l'épiploon par petits paquets.* Éviter les ligatures en chaîne dont on confond inévitablement les fils; ne pas faire de trop gros pédicules; éviter de poser la ligature trop près du colon transverse; couper à un bon centimètre du fil; éviter de faire un gros moignon difficile à réduire sans débridement de l'orifice ombilical.

7^e temps. — *Ablation d'un seul bloc de l'épiploon, du sac, qu'on peut réséquer au ras de l'anneau, et de la peau correspondante.*

8^e temps. — *Dénudation soignée de l'aponévrose abdominale, tout autour de l'orifice aponévrotique.* Cette dénudation doit se faire sur une hauteur de 15 cent. environ et sur une largeur de 2 à 3 cent. de chaque côté de l'orifice aponévrotique.

9^e temps. — *Suture soignée des bords de l'orifice.* C'est ici que l'imagination des opérateurs se donne libre carrière; chacun ayant sa manière de suturer

l'orifice: les uns ne faisant qu'un seul plan transversal (ou longitudinal): mais la plupart ayant reconnu la nécessité de multiplier les plans de suture en soutenant les premiers par d'autres passés à la Lambert à travers l'aponévrose. Par ces plans superposés on rapproche ainsi les bords des

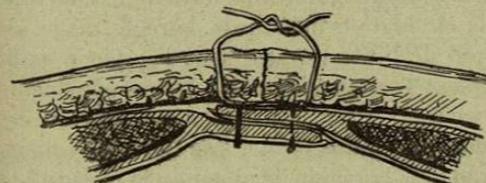


Fig. 157. — Superposition des muscles droits (schéma).

gaines des muscles droits, soit en ouvrant cette gaine (Quénu), soit en se contentant d'en suturer les bords sans l'ouvrir. Signalons également la *résection* de la zone ombilicale, de façon à ouvrir de chaque côté la gaine des muscles droits et à reconstituer la paroi plan par plan comme dans une laparotomie ordinaire (fig. 156).

Signalons aussi la superposition des deux bords de l'orifice dont on croise les bords à la façon d'une redingote (fig. 157).

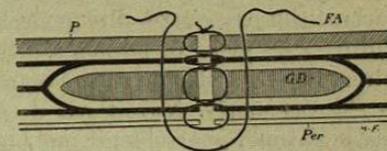


Fig. 156. — Suture plan par plan, après excision de la région ombilicale, avec FA fil d'argent de soutien. (Guibé.)

Que faire au milieu de tant de procédés? Après en avoir exécuté un grand nombre, après en avoir inventé un, je crois que les plus simples sont les meilleurs et que le résultat final dépend beaucoup plus du soin avec lequel chaque procédé a été exécuté que de la complexité et de l'ingéniosité de ce procédé. Avoir soin de sacrifier le moins possible d'étoffe (celle-ci fait toujours défaut en cas de grosse hernie ombilicale) et pour cela rejeter les larges résections de la zone ombilicale. Avoir soin de faire des sutures nombreuses avec des aiguilles n'acerochant pas, c'est-à-dire ne déchirant pas l'aponévrose qu'on veut recoudre. Multiplier les plans de façon à soulager les rangées de sutures les unes par les autres. Faire un plan de suture pour la graisse sous-cutanée, de façon à éviter les espaces morts. N'avoir pas de suppuration enfin, tel est le secret, un peu long je l'avoue, pour obtenir une bonne cure radicale.

J'ajouterai qu'il me paraît indispensable de préparer la cure en diminuant le volume du ventre par la diète et les laxatifs, et de n'opérer qu'une paroi bien souple. Après l'opération un repos d'un mois au lit ou sur une chaise longue me paraît indispensable.

Enfin j'insiste sur la solidité que doit avoir le pansement et sur l'utilité qu'il y a à renforcer le bandage de corps habituel avec de vigoureux tours de bande. Plus tard une fois guérie la malade portera une large ceinture ventrière.

Valeur de la cure radicale. — C'est une excellente opération à la condition qu'on en ait bien exécuté le programme, et qu'il n'y ait pas eu de suppuration. La récurrence est rare dans ces conditions; elle est au contraire la règle si toutes ces conditions n'ont pas été minutieusement observées. La cure radicale de la hernie ombilicale est donc une opération délicate. Je dois ajouter que la large ouverture du péritoine qui est dans l'essence même de la cure, est de nature à interdire cette opération à quiconque n'est pas coutumier d'une rigoureuse asepsie.

Étranglement des hernies ombilicales. — Rien n'est fréquent ainsi que je l'ai dit plus haut, comme les complications des hernies ombilicales. Presque toutes celles-ci (engouement, épiptoïte) sont des variétés d'étranglement; presque toutes aboutissent avec le temps si on les laisse évoluer, à l'étranglement véritable. Aussi la règle quand une hernie ombilicale devient irréductible et douloureuse, avec suspension de la circulation intestinale, la règle, dis-je, est de la rentrer au plus vite. La réduction de l'intestin seul sans l'épiploon suffit pour procurer au malade un soulagement très considérable; les vomissements s'arrêtent, la débacle ne tarde pas à survenir. La masse épiptoïque qui reste est encore douloureuse. Calmez cette douleur, toute locale, par des applications de glace. Faites laver avec soin chaque jour la région, maintenez la malade à la diète et au bout de huit jours faites à froid la cure radicale. Voilà d'excellente besogne.

Que si l'étranglement est déjà serré, la hernie très tendue et irréductible, faites d'emblée la kéléotomie suivant les mêmes règles que la cure radicale. Abordez le sac par le collet. Ouvrez-le à ce niveau. *Débridez sur la ligne blanche*, soit en haut, soit en bas, voire des deux côtés. Attirez votre intestin, inspectez le bien, traitez-le suivant les règles ordinaires et terminez par la résection épiptoïque (très importante) et enfin par une suture soignée mais très simple des bords de l'orifice.

Pratiquée suivant ces règles la kéléotomie devient très bénigne, son pronostic est bon si l'état général du sujet est bon lui-même. Ainsi disparaissent les difficultés sur lesquelles les auteurs insistent, sac épiptoïque, étranglement dans le sac sur une bride, volvulus, etc.... En fendant largement le sac du collet vers le fond tout devient évident à la vue et partant facile à traiter. En un mot la kéléotomie de la hernie ombilicale a largement profité de la chirurgie à ciel ouvert.

SAVARIAUD.

HERNIES RARES. — Les hernies rares, *obturatrices, ventrales, lombaires, ischiatiques, périnéales, diaphragmatiques*, n'offrent en général aucun intérêt

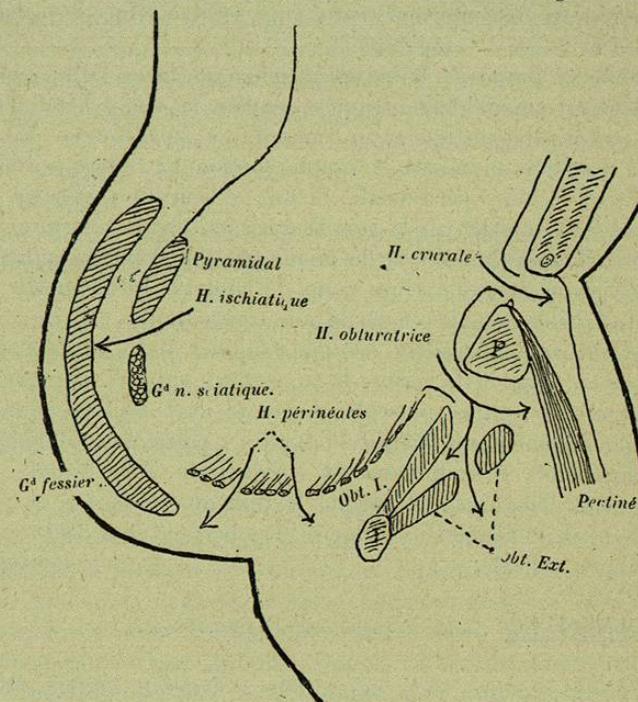


Fig. 138. — Schéma indiquant le trajet et les rapports des hernies rares. H. obturatrice avec ses 5 variétés. H. périnéale. H. ischiatique.

pour le praticien qui a les plus grandes chances de n'en observer aucun cas durant sa vie entière. De plus les symptômes de quelques-unes sont parfois tellement vagues ou anormaux, qu'il y a les plus grandes chances pour que le diagnostic ne soit pas fait pendant la vie du malade.

Une hernie obturatrice pourrait et devrait être diagnostiquée si elle soulevait les muscles adducteurs et venait faire saillie à la racine de la cuisse, au niveau du pectiné. Une douleur névralgique le long du nerf obturateur servirait de contrôle à ce diagnostic. Mais, dans la moitié des cas, la hernie obturatrice ne fait aucune saillie visible et le plus souvent ne donne lieu à des accidents que lorsqu'elle vient à s'étrangler.

Si sur un malade en proie à l'occlusion intestinale on constatait les symptômes