

Les hernies ombilicales irréductibles tant par leur poids que par leur volume constituent une infirmité des plus gênantes; les patients se trouvent généralement très soulagés lorsqu'ils prennent la précaution de soutenir leur tumeur par une ceinture en coutil ou en caoutchouc.

b. *Hernies ombilicales enflammées et étranglées.* — Les auteurs réunissent dans le même paragraphe l'étude des hernies ombilicales enflammées et étranglées : ces deux complications en effet se présentent d'ordinaire avec les mêmes symptômes. De plus, l'inflammation n'est habituellement que la première étape de l'étranglement.

L'étranglement paraît exceptionnel dans les hernies ombilicales. GOSSELIN, dans le cours de sa longue pratique, en a rencontré seulement dix (10) cas; d'après BRYANT, sur cent (100) hernies étranglées, on compte cinquante (50) hernies inguinales, quarante-quatre (44) crurales et six (6) ombilicales.

Qu'il s'agisse d'une hernie ombilicale vraie ou d'une hernie adombilicale, l'agent constricteur se trouve constitué dans la majorité des cas par l'anneau naturel; rarement on rencontre des étranglements par un anneau accidentel, plus rarement encore intervient le collet du sac. Sur vingt-deux (22) observations de hernies étranglées dans lesquelles la cause de l'étranglement se trouve indiquée, BOURSIER note dix (10) étranglements fibreux par les anneaux sans spécifier s'il s'agit d'anneaux naturels ou accidentels, quatre (4) étranglements par le collet; deux (2) fois enfin cette complication était imputable à des brides épiploïques ou à des adhérences.

Le rôle du collet étant encore fort restreint, il n'y a rien de surprenant à ce que l'étranglement soit peu fréquent dans les exomphales, puisque dans les autres hernies le collet est l'agent de la constriction.

Diagnostic. Pronostic. — L'inflammation et l'étranglement se présentent ici avec les signes classiques : douleur, irréductibilité, constipation incomplète ou complète, mais ce sont surtout les indications tirées du volume de la hernie et de la marche des accidents qui permettront au chirurgien de se prononcer entre l'inflammation et l'étranglement. Si l'on se trouve en présence d'une petite hernie, si les accidents ont débuté brusquement et que les symptômes locaux et généraux aient acquis rapidement une gravité considérable, il ne saurait y avoir aucune hésitation, il s'agit d'un étranglement; lorsqu'au contraire, un vieillard porteur d'une hernie volumineuse est pris au cours d'une maladie intercurrente dans son lit de douleurs et de vomissements, on ne saurait songer qu'à une péritonite herniaire.

Les choses ne se présentent pas toujours avec cette simplicité et dans nombre de faits les chirurgiens les plus remarquables se trouvent embarrassés.

Le pronostic varie naturellement suivant les cas : dans les omphalocèles étranglées, la perforation ne paraît pas survenir plus rapidement que dans les autres variétés de hernies.

Traitement. — Devant une exomphale volumineuse présentant les symptômes de l'épiplocèle enflammée, l'intervention devra se borner à l'usage des émoullients et des antiphlogistiques. S'il existe des phénomènes d'étranglement, la temporisation serait coupable, il faut agir rapidement; comme dans les

autres hernies, les moyens dont nous disposons sont : le taxis et la kélotomie.

Le taxis pratiqué en temps opportun et avec l'aide du chloroforme réussit tout aussi bien contre les omphalocèles qu'en présence des hernies inguinales ou crurales. D'après les statistiques de THOMAS BRYANT, sur cent (100) hernies ombilicales étranglées, soixante-treize (73) ont pu être réduites par le taxis, vingt-sept (27) seulement ont nécessité la kélotomie. Toutefois le chirurgien doit se rappeler que le travail destructeur marche dans les exomphales étranglées avec une grande rapidité, et si les accidents remontent déjà à quarante-huit heures, il ne devra user du taxis qu'après un examen des plus minutieux.

Si le taxis est contre-indiqué ou reste impuissant, il faut recourir à l'opération qui sera pratiquée le plus tôt possible. Cette manière de faire réunit aujourd'hui la plus grande partie des suffrages.

Jusqu'en 1861, la kélotomie était pratiquée pour les hernies ombilicales, absolument comme pour les autres tumeurs de ce genre; à propos d'une discussion qui eut lieu à cette époque devant la Société de chirurgie, HUGUIER s'éleva hautement contre l'intervention affirmant que l'expectation constituait de beaucoup le meilleur mode de traitement. GOYRAND (d'Aix) attaqua seul cette assertion et apporta quelques observations dans lesquelles la kélotomie avait été suivie de guérison.

A partir de ce moment plusieurs opérateurs (RICHEL, COLSON, DEMARQUAY) s'ingénierent à trouver un procédé susceptible de diminuer les chances de mortalité; mais, malgré leurs efforts, il y eut encore plus de revers que de succès, et en 1875, dans une nouvelle discussion à la Société de chirurgie, VERNEUIL concluait à l'abstention.

Depuis cette époque la méthode antiseptique a complètement modifié les opinions. NICAISE, TERRIER, POLAILLON ont tour à tour rapporté de remarquables succès et SEGOND a pu réunir treize (13) opérations avec deux (2) cas de mort seulement. Aussi l'intervention est-elle formellement acceptée par la majorité des contemporains.

CHAPITRE V

VARIÉTÉS RARES DE HERNIES

§ 1^{er}. — Hernies de la ligne blanche

Les hernies de la ligne blanche se rencontrent de préférence dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen; l'écartement plus grand des muscles droits, le diamètre considérable des orifices circonscrits par les bandelettes aponevrotiques nous expliquent suffisamment cette particularité. Pour rappeler

cette prédisposition, quelques auteurs désignent ces hernies sous le nom de hernies épigastriques.

Rarement ces tumeurs sont congénitales; elles se développent de préférence chez les adultes.

Toutes les causes qui distendent ou affaiblissent les parois de l'abdomen, les cicatrices consécutives aux plaies, l'obésité, l'ascite, la grossesse, favorisent leur apparition. Les grossesses répétées exercent ici une action des plus manifestes, car ces hernies sont beaucoup plus nombreuses parmi les femmes que parmi les hommes.

Plus que toutes les autres, les hernies de la ligne blanche appartiennent à la classe des hernies de faiblesse; du reste, ainsi que l'a fait remarquer MALCAIGNE, il est commun de les rencontrer simultanément avec d'autres tumeurs de ce genre.

Anatomie pathologique. — Les trous par où s'échappent ces hernies présentent avant leur développement une forme losangique; plus tard, les angles de ces losanges s'émoussent par suite de la pression des viscères et ces orifices affectent une forme oblongue, ovulaire. Le collet du sac moulé sur les bords de la solution de continuité offre la même disposition.

Semblables à celles de la hernie ombilicale, les enveloppes de la tumeur sont constituées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia superficialis et le péritoine. Si la hernie est ancienne, ces tissus sont confondus et forment une seule couche. Les organes le plus habituellement rencontrés dans ces hernies sont : le côlon transverse et l'épiploon. GARENGEOT avait affirmé que la présence de l'estomac était chose commune en pareille circonstance; l'analyse exacte des faits a démontré au contraire que ce viscère se trouvait fort rarement compris dans les hernies de la ligne blanche.

Symptômes. Diagnostic. — Les hernies de la ligne blanche se montrent sous forme de petites tumeurs ovales, aplaties, de volume variable; leurs dimensions sont celles d'une amande ou d'une noisette : aussi passent-elles fréquemment inaperçues. Dans quelques cas on a vu ces tumeurs acquérir des proportions considérables et égaler le volume d'une tête de fœtus. Ces petites hernies sont réductibles et d'habitude disparaissent dans le décubitus dorsal.

En général les patients accusent des troubles fonctionnels assez sérieux et plus graves que ne le ferait supposer le volume de la masse; ils se plaignent de douleurs localisées à la région épigastrique avec irradiation autour du thorax.

Les symptômes gastriques possèdent un certain nombre de caractères particuliers : ils sont intermittents, cessent après l'ingestion des aliments pour reparaitre ensuite entre les repas.

Ce caractère spécial de la douleur devra attirer l'attention du chirurgien, et l'examen de la région ombilicale a permis quelquefois de reconnaître la cause de prétendues gastralgies qui persistaient depuis des années. Il serait encore possible de confondre ces hernies avec un abcès, une hernie graisseuse; l'étude des antécédents suffira pour éviter l'erreur.

Pronostic. Traitement. — Dans la majorité des cas le chirurgien parvient facilement à faire rentrer ces petites hernies dans l'abdomen, mais la conten-

tion nécessite des appareils particuliers; il faut le plus souvent faire porter au malade une large ceinture.

Hernies graisseuses de la ligne blanche. — On rencontre parfois sur le trajet de la ligne blanche de petites masses de consistance molle, du volume d'une noisette, constituées par un peloton de tissu adipeux reposant sur le péritoine. Ces tumeurs ordinairement réductibles ne déterminent aucune gêne.

Dans quelques observations, au lieu d'un simple peloton adipeux la masse renfermait un cul-de-sac péritonéal. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme qui a présidé au développement de ces hernies; les uns admettent que ce prolongement se serait formé par suite de tractions exercées par le peloton adipeux sur la séreuse; pour d'autres il s'agirait d'un sac herniaire déshabité.

Ces petites hernies étant facilement supportées, les malades viennent très rarement réclamer contre elles les ressources de l'art.

§ 2. — Hernies ventrales

Bibliographie. — LACHAUSSE, *De Hernia ventrali*, Argentorati, 1746. — DIONIS, *Opérations de chirurgie*. — LEDRAN, *Traité des opérations*, 1742. — KLINKOSCH, *Dissertationes pragenses*, 1746. — ASTLEY COOPER, *Traité des hernies*, 1804-1807. — CRUVEILHIER, *Anat. path.*, t. 1^{er}, 1849. — MARC SÉE, *Soc. anat.*, 1852. — GOSSELIN, *Leçons sur les hernies*, 1865. — BIDE, *Soc. anat.*, 1876. — DANIEL MOLLIÈRE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877. — TERRIER, *eod. loc.*, 1878. Thèses de Paris. — 1845, FOURNIER (de Lempdes). — 1879, A. REIGNIER.

Sous le nom de *hernies ventrales*, les classiques décrivent les hernies qui se développent sur les parois antérieures et latérales de l'abdomen, en dehors de la ligne blanche. Les viscères s'échappent alors à travers un écartement anormal ou accidentel des couches musculaires et aponévrotiques ou au niveau d'une partie amincie ou affaiblie (A. REIGNIER).

Étiologie. — Toutes les causes que nous avons déjà énumérées comme favorisant le relâchement de l'abdomen, de même que les plaies, ruptures musculaires, abcès, furoncles, anthrax, qui diminuent la résistance de tel ou tel point, se rencontrent parmi les causes prédisposantes de ces tumeurs.

Fréquence. — Les hernies ventrales sont exceptionnelles; VERDIER, sur un nombre de douze cent vingt-six (1226) hernies, n'a pu réunir que onze (11) cas de hernies ventrales, dont cinq (5) chez l'homme et six (6) chez la femme.

Siège. Variétés. — Relativement à leur origine elles se montrent spontanément, ou consécutivement à une cause qui a modifié en un point donné la structure des parois abdominales; les dernières ne présentent aucun siège déterminé; les autres, au contraire, se développent de préférence :

1° Sur le trajet de la ligne demi-circulaire de Spiegel (on désigne sous ce nom une ligne courbe aponévrotique située sur le bord externe du muscle

grand droit, étendue des dernières fausses côtes au pubis. Cette ligne, formée par l'entre-croisement des fibres aponévrotiques et des fibres charnues du transverse, circonscrit avec celle du côté opposé une sorte d'ellipse dans l'aire de laquelle se trouvent inscrits les grands droits).

2° Dans la région des muscles grands droits, au niveau des autres régions de l'abdomen; ces tumeurs constituent une rareté.

Anatomie pathologique. — Les enveloppes qui recouvrent ces sortes de tumeurs sont en nombre très variable; suivant les circonstances, en effet, les couches musculaires situées en avant du péritoine ont subi des altérations diverses; lorsque la hernie se produit au niveau d'une cicatrice, le sac se trouve protégé simplement par le tissu cicatriciel. Le volume du sac diffère aussi notablement; sa cavité, généralement unique, est quelquefois divisée en plusieurs loges par des cloisons.

Tous les organes renfermés dans la cavité abdominale peuvent se rencontrer dans ces tumeurs; néanmoins, dans la grande majorité des observations, l'épiploon et l'intestin grêle prédominaient.

Symptômes. Diagnostic. — Les hernies ventrales qui forment une saillie plus ou moins considérable (hernies pariétales) présentant d'habitude tous les signes ordinaires des hernies, ont bien rarement occasionné des erreurs de diagnostic. Il n'en est plus de même de celles qui restent contenues dans les parois de l'abdomen (hernies intrapariétales). Les symptômes auxquels elles donnent lieu étant des plus vagues, ces tumeurs passent fréquemment inaperçues. Le malade accuse une douleur vive accompagnée d'élançements aigus, parfois de nausées, de vomissements, de constipation. Comme la palpation ne révèle rien d'anormal, le diagnostic reste bien souvent incertain.

Dans quelques circonstances ces hernies ont pu s'étrangler, presque toujours alors on a pensé à une occlusion intestinale.

Traitement. — Il faut autant que possible maintenir réduites les hernies de ce genre à l'aide d'une ceinture munie d'une pelote appropriée. Si des accidents d'étranglement venaient à se produire, après avoir essayé de réduire la tumeur par le taxis, le chirurgien, en cas d'insuccès, pratiquerait la kélotomie.

§ 3. — Hernies lombaires

SYNONYMES. — Hernie costo-iliaque (H. LARREY). — Hernie sus-iliaque (HUGUEN).

On désigne sous ce nom une variété spéciale de hernie, dans laquelle les viscères s'échappent par un espace triangulaire situé dans la région lombaire et que les anatomistes décrivent sous le nom de *triangle* de J.-L. PETIT. Les côtés de ce triangle sont formés par les bords du grand dorsal et du grand oblique qui, écartés l'un de l'autre, en bas, se rencontrent et se croisent à mi-chemin entre la crête iliaque et la dernière côte; sa base correspond à la petite portion du bord supérieur de la crête iliaque comprise entre l'insertion des deux muscles.

Ces hernies, particulièrement étudiées par H. LARREY, sont fort rares.

Anatomie pathologique. — Le nombre des plans qui recouvrent le sac de ces tumeurs varie beaucoup. L'anneau est généralement large. On a trouvé dans ces hernies l'épiploon, l'intestin grêle, le côlon ascendant ou descendant; dans un cas relaté par H. LARREY et contrôlé par l'autopsie, la hernie était une épiplocèle simple.

Symptômes. Diagnostic. — La présence dans la région lombaire d'une tumeur molle, élastique, fluctuante, sonore à la percussion, réductible, présentant en un mot les caractères ordinaires des hernies, devra faire songer à une hernie lombaire; après la réduction on constate une dépression profonde dans laquelle pénètre la pulpe des doigts. Il faut se garder de confondre ces masses avec les lipomes ou les abcès par congestion communs dans ces régions.

Traitement. — Comme les précédentes, les hernies lombaires seront maintenues à l'aide d'une ceinture appropriée. RAVATON ayant observé des phénomènes d'étranglement, pratiqua la kélotomie; le cas échéant, son exemple devrait être imité.

§ 4. — Hernies obturatrices

SYNONYMES. — Hernie ovulaire (GARENGEOT). — Hernia thyroïdeale (A. COOPER).
Hernie sous-pubienne (A. BÉRARD).

Bibliographie. — BÉRARD, art. PUBIS, in *Dict. en 30 vol.*, t. XXVI, 1842. — OLIVARES, *Journ. de chir. de Malgaigne*, t. III, 1845. — HEYFELDER, *Deutsche Klinik*, 1851. — ROMAN FISCHER, *Beitrag zur Lehre über die Hernia obturatoria*, Luzern, 1856. — KESSLER, *Ibid.*, et *Inaug. Diss.*, Leipzig, 1865. — FORGET, *Union méd.*, 1866, et *Soc. de chir.*, 1871. — TRÉLAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872. — NICAISE, *Dict. encycl. des sciences méd.*, 2^e série, t. XIV. — BILLROTH et LÜCKE, *Handbuch*, etc., art. HERNIA OBTURATORIA par B. SCHMIDT (de Leipzig), 1881.
Thèses de Paris. — 1839, THÉVENOT. — 1840, TRIPIER. — 1842, DÉALIS DE SAUJEAN. — 1844, VINSON. — 1882, PIMBET (Bibliogr.).

Historique. — Cette variété de hernie semble avoir été signalée pour la première fois par LEMAIRE à Strasbourg, en 1718; toutefois il faut arriver jusqu'au mémoire présenté par GARENGEOT à l'Académie royale de chirurgie (1743), pour trouver quelques renseignements sérieux sur la question; depuis lors, nombre d'observations et de monographies ont été publiées, nous citerons particulièrement la thèse de VINSON (1844), le travail de FISCHER (1856) et la thèse récente de PIMBET.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on examine un os iliaque on remarque à la partie supérieure et interne du trou obturateur, une gouttière oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, qui sur le vivant se trouve convertie par la membrane obturatrice en un véritable canal contenant les vaisseaux et nerfs obturateurs, ainsi qu'une abondante quantité de tissu cellulo-graisseux. C'est par cette voie que sortent les viscères dans la majorité des hernies obturatrices, néanmoins il existe au musée Dupuytren une pièce due à J. CLOQUET,

qui montre une hernie sortie directement à travers la membrane obturatrice.

Le sac de ces hernies, assez peu développé, affecte des rapports très variables avec les vaisseaux et nerfs obturateurs. PIMBET, dépouillant une série d'observations dans lesquelles la position des vaisseaux était notée, les a trouvés situés onze fois en dehors du sac, six fois en dedans, six fois en arrière.

Le plus ordinairement le sac repose sur la face antérieure du muscle obturateur externe, recouvert par les muscles moyen, petit adducteur et pectiné, puis par le tissu cellulaire et la peau; dans quelques circonstances la hernie s'engage entre la membrane et le muscle obturateur lui-même.

Sur cinquante-cinq (55) hernies dont le contenu était indiqué, PIMBET en relève trente contenant l'intestin grêle seul; treize l'intestin sans autre dénomination; six l'intestin et l'épiploon; deux l'intestin et le mésentère; une la vessie; une l'intestin et la trompe; une l'intestin, la trompe et l'ovaire; une l'appendice iléo-cæcal. Cette statistique permet de conclure que les entéroécèles constituent la majeure partie des hernies obturatrices.

L'intestin d'habitude est simplement pincé, les deux tiers de son calibre sont incarcérés dans la tumeur, ou bien une anse intestinale entière a pénétré dans le canal sous-pubien.

Étiologie. Mécanisme. — La hernie obturatrice est beaucoup plus commune chez les femmes que chez l'homme; sur une série de quatre-vingts (80) observations, PIMBET trouve soixante-cinq (65) femmes et huit (8) hommes; dans les autres cas il n'est fait aucune mention du sexe.

C'est à partir de soixante ans que le développement de ces hernies atteint son chiffre maximum. A cet âge, en effet, comme le fait remarquer VINSON, le tissu cellulaire contenu dans le canal sous-pubien s'atrophie, et comme les parois de ce canal ne peuvent se rapprocher, la graisse en se rétractant laisse une voie béante dans laquelle on conçoit que, sous l'influence d'un effort, d'une chute, l'intestin puisse pénétrer.

Symptômes. Diagnostic. — Lorsque les viscères sont simplement engagés dans le canal sous-pubien, leur présence ne se manifeste par aucun signe physique; fréquemment la hernie a franchi l'orifice externe du canal et malgré cela elle ne forme pas toujours une tumeur appréciable à l'extérieur.

Ceci n'a rien de surprenant, si l'on se rappelle l'épaisseur de la couche musculaire qui la recouvre. Dans quelques circonstances on constate simplement un léger empatement ou un peu de tuméfaction de la région.

Dès qu'elle atteint un volume suffisant pour présenter une saillie appréciable, cette hernie constitue une tumeur située à la partie interne et supérieure de la cuisse, au-dessus et en arrière du canal crural vers l'angle supérieur et interne du triangle de SCARPA, « en dehors du scrotum chez l'homme et de la grande lèvre chez la femme » (RIEST).

Les symptômes fonctionnels provoqués par ces hernies varient avec les divers malades; tantôt c'est un malaise général accompagné de frissons, de coliques passagères ou d'une constipation de quelques jours, tantôt des souffrances vagues, ou des spasmes avec irradiation au creux épigastrique.

Une malade de ROMBERG ne pouvait, étant baissée, se relever sans éprouver

un pincement dans le bas-ventre; d'autres, au moment où ils veulent se mettre sur leur séant, ressentent de violentes douleurs dans la région antérieure de la cuisse avec irradiation dans le genou; une patiente observée par HALOW, accusait en cette dernière région des souffrances intolérables. Ces douleurs sont dues, selon toute probabilité, à la compression du nerf obturateur.

L'étranglement de ces hernies a été noté dans un certain nombre de faits et les symptômes que l'on observe alors ne diffèrent en rien de ceux que nous avons déjà décrits. Dans un cas rapporté par CHASSAIGNAC à la Société de chirurgie, le malade présentait tous les symptômes ordinaires du choléra.

Le diagnostic offre parfois de grandes difficultés, cependant l'existence de douleurs bien caractérisées à la partie interne de la cuisse ou le long du

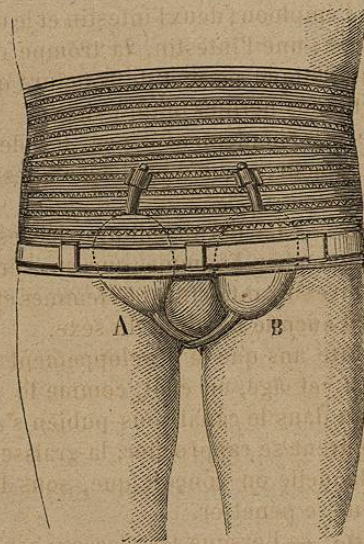


Fig. 41. — Ceinture avec pelotes compressives de BOURJEURE.

membre, une sensation de pincement au niveau du trou obturateur, des alternatives de constipation et de coliques dans le passé du malade, doivent attirer l'attention du chirurgien et lui faire songer à l'existence d'une hernie obturatrice. La région sera dès lors explorée avec le plus grand soin, de plus, chez la femme, on ne manquera jamais de pratiquer le toucher vaginal.

La pression du doigt à l'orifice de sortie provoquera toujours de la douleur et parfois on pourra ainsi reconnaître la présence de l'intestin.

Il suffit de rappeler que certaines collections purulentes viennent du bassin à la partie supérieure de la cuisse en suivant le trajet du canal sous-pubien, pour que l'on évite de les confondre avec les hernies obturatrices.

Traitement. — Lorsqu'il n'existe pas de complications on parvient généralement, par le taxis, à obtenir la réduction de ces hernies; toutefois il est nécessaire de prendre quelques précautions. Suivant les conseils de GARENTEOT, le malade sera couché les cuisses fléchies sur l'abdomen et la tête légèrement