

**Complications.** — Par leur propre poids, ces hernies tendent à tomber sur l'hypogastre dont les parois relâchées s'étalent elles-mêmes si souvent *en tablier* sur le haut des cuisses chez les femmes obèses. Et comme presque toujours, à ce moment, il y a des adhérences entre le sac et son contenu, les malades accusent une sensation de pesanteur gênante, des tiraillements, des douleurs coliquatives revenant par accès et s'accompagnant de vomissements et de nausées, sans que l'on constate d'ailleurs des signes d'étranglement vrai : il peut même arriver que de telles hernies puissent se réduire en totalité et rester contenues par un bandage. Mais d'ordinaire, en même temps que ces grosses hernies deviennent plus douloureuses, on les trouve plus tendues, comme empâtées, avec de l'œdème des téguments à leur niveau, très sensibles à la pression qui ne peut en diminuer le volume. Cette irréductibilité temporaire s'accompagne souvent de constipation opiniâtre et de suppression du passage des gaz par l'anus, en somme de tous les signes d'étranglement. Et pourtant si de tels malades restent au repos, avec de la glace sur leur hernie, on peut voir ces phénomènes douloureux rétrocéder, le cours des gaz et des matières se rétablir, la réduction partielle des viscères s'opérer, bref tout cet orage se calmer. Il s'agissait alors d'un *engouement* passager, dû soit à une inflammation modérée du contenu de la hernie, soit à la formation d'adhérences nouvelles à l'intérieur du sac, soit enfin à la torsion temporaire des anses herniées dans le sac. Mais si l'engouement est plus fréquent dans les hernies ombilicales que dans les autres hernies, il ne faut pas, à l'exemple de Broca, Mugnier, etc., douter de leur étranglement vrai et conseiller l'expectation en présence de tels accidents, car ce serait s'exposer à de cruels mécomptes.

L'étranglement des hernies ombilicales est réel sinon très fréquent. Bryant, sur 100 cas de hernies étranglées, donne 6 ombilicales seulement pour 50 inguinales et 44 crurales; mais ces chiffres indiquent seulement la plus grande fréquence absolue des hernies inguinales et crurales, étranglées ou non; on devrait y joindre, pour obtenir une proportion exacte, nombre de hernies ombilicales dites engouées. Rien de plus complexe, d'ailleurs, que la pathogénie de ces étranglements.

Tantôt, dans les petites hernies, l'obstacle siège au collet du sac, c'est-à-dire à l'anneau ombilical; — tantôt, dans les hernies canaliculées, la striction de l'intestin s'opère dans le trajet du canal ombilical; — dans les grosses hernies, enfin, l'étranglement se fait aussi souvent à l'intérieur même du sac qu'à l'anneau; ses causes peuvent être les mêmes que celles de l'engouement, mais à un degré de plus; l'irréductibilité est due, soit à des brides inflammatoires donnant une obstruction par coudure ou par volvulus (Berger), soit à des tractions sur l'intestin par l'épiploon adhérent au sac, soit au pincement d'une anse dans un trou de l'épiploon, dans une éraillure ou dans un

diverticule du sac (Astley Cooper), soit à plusieurs de ces causes réunies.

L'aspect clinique de ces divers types d'étranglement varie naturellement avec leurs causes; aux hernies de faible volume, canaliculées ou non, revient l'étranglement aigu, par pincement latéral, qui détermine des vomissements fécaloïdes précoces, de l'anurie, de la gangrène rapide de l'intestin, et un état général grave. C'est à ce type sans doute que songeaient les anciens chirurgiens quand ils portaient un pronostic si sévère pour toutes les exomphales étranglées. Dans les hernies de moyen volume, les troubles mécaniques ne sont déjà plus les seuls qui frappent à l'examen; mais les signes inflammatoires de l'engouement, empatement profond, aspect luisant et œdème des téguments s'y adjoignent fréquemment; en même temps, l'évolution des accidents ne se fait plus d'une manière aussi foudroyante et, pendant plusieurs jours avant que l'étranglement absolu soit affirmé par la suppression définitive des matières et des gaz, le malade accuse des phénomènes douloureux dans sa hernie, un ballonnement pénible, qui cessent momentanément à la suite d'une débâcle fécale.

Cet établissement progressif de l'obstruction, pour aboutir à l'étranglement consécutif, est la caractéristique de l'incarcération des grosses hernies ombilicales dont le sac renferme beaucoup d'épiploon et qui sont depuis longtemps partiellement irréductibles. Le malade qui a déjà subi plusieurs de ces crises de péritonite herniaire ne s'en préoccupe pas tout d'abord; il utilise de son chef les moyens par lesquels il faisait d'ordinaire céder l'obstruction; et ce n'est qu'après l'échec du repos dans le décubitus, des grands lavements et des applications de glace, qu'il a recours au chirurgien. Dans ces cas, la hernie est peu tendue, l'anneau modérément serré; l'on reconnaît parfois au point maximum de la douleur et à la disposition des anses intestinales que l'obstacle siège à l'intérieur même du sac. Ce diagnostic de localisation est le seul possible; on ne saurait songer en effet à distinguer les troubles de la péritonite herniaire de ceux qui reviennent à l'occlusion par adhérences ou à la coudure par brides. Dans cette dernière hypothèse cependant, de même que s'il s'agit de l'engagement de l'intestin dans un orifice accidentel du sac, bien que l'obstacle semble siéger ailleurs qu'à l'anneau, les phénomènes d'obstruction revêtent une acuité qui doit faire songer à un étranglement par coudure brusque. De telles délicatesses de diagnostic n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui où il est de règle d'intervenir pour toute hernie ombilicale irréductible et douloureuse, à plus forte raison quand elle s'accompagne d'obstruction.

On serait plus embarrassé si les phénomènes inflammatoires prédominaient de façon à en imposer pour un phlegmon superficiel de l'ombilic par rétention sébacée, ou pour un abcès de la loge de

Heurtaux et de la cavité de Retzius (Bouilly). Chez un de nos malades une exomphale étranglée et suppurée simulait à s'y méprendre une de ces tumeurs enflammées et ulcérées de l'ombilic, que l'on observe secondairement à la généralisation péritonéale des cancers viscéraux (estomac, intestin). Chez un autre, les signes de l'étranglement étaient dus à de la péritonite herniaire par perforation de l'appendice dans le sac. Enfin, exceptionnellement, chez des sujets très nerveux, de petites hernies adombilicales avec pelotons graisseux irréductibles ont déterminé des douleurs et un ballonnement tels que l'on a cru à une exomphale étranglée.

D'autres complications peuvent survenir à la suite d'altérations diverses du sac et des téguments sus-jacents, qui lui adhèrent toujours étroitement. Chaque altération du sac retentit sur la peau et réciproquement. De ce fait, la rupture spontanée de la hernie peut être réalisée par deux processus différents : tantôt les excoriations de la peau, déterminées par le port prolongé d'un bandage malpropre ou par le frottement des vêtements, aboutissent à l'ulcération du sac ; tantôt l'amincissement progressif des enveloppes de la hernie par distension excentrique atteint un degré tel qu'elles se rompent par éclatement au cours d'un effort et que les viscères herniés font issue au dehors ; Pillkington fut assez heureux, chez un malade dont l'exomphale venait ainsi d'éclater, pour obtenir la réintégration immédiate des viscères et faire du même coup une cure radicale. Mais d'ordinaire, quand le chirurgien est appelé, le contenu du sac a été infecté, et une péritonite limitée au sac ou généralisée à tout l'abdomen l'empêche d'intervenir. A plus forte raison, l'infection du sac sera-t-elle à peu près fatale quand sa perforation se sera produite de dehors en dedans, consécutivement à des ulcérations cutanées.

Diverses modifications enfin ont été notées dans le contenu du sac lorsque la hernie ombilicale vient à se compliquer d'une ascite de la grande séreuse (cirrhose, tumeur abdominale). A mesure que la quantité du liquide ascitique augmente, si les viscères herniés n'ont que de faibles adhérences avec le sac, ils tendent à rentrer dans l'abdomen et arrivent parfois ainsi à une réduction complète. Alors le liquide ascitique les remplace dans le sac ; et, dans un pareil cas, L. Bérard (1) a signalé la production d'un véritable kyste sacculaire fermé du côté de l'abdomen, par rétraction ultérieure de l'anneau ombilical.

**Traitement.** — Très délicate d'ordinaire est la contention des hernies ombilicales de l'adulte par un bandage ; souvent, en effet, les petites hernies restent partiellement enfouies sous des bourrelets cutanés qui empêchent la coaptation exacte de l'appareil ; et les grosses, entraînées dans la chute générale des parois de l'abdomen relâchées,

(1) L. BÉRARD, *Province médicale*, 1896.

n'offrent à la pelote aucune surface de prise résistante. Aussi a-t-on multiplié encore plus ici qu'ailleurs les modèles de bandages destinés à maintenir réduites ces diverses hernies (1).

Pour les exomphales de petit volume, tous ces bandages (fig. 104)

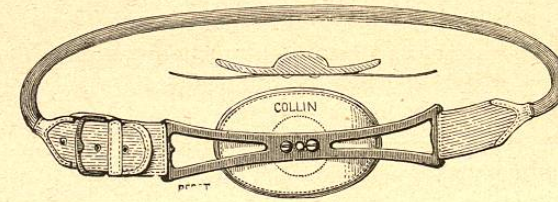


Fig. 104. — Bandage de Dolbeau à ceinture cylindrique inextensible, pour hernie ombilicale des adultes.

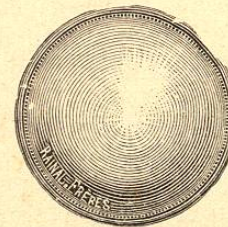


Fig. 105.



Fig. 106.

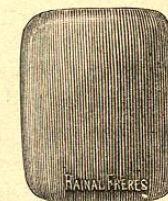


Fig. 107.

Fig. 105, 106, 107. — Pelotes ombilicales.

peuvent se ramener au type suivant : une pelote arrondie ou ovale à grand axe transversal assez large pour reposer sur le bourrelet cutané qui entoure la hernie ; au centre de cette pelote, une demi-sphère à la fois un peu élastique et résistante, de dimensions supérieures à celles de l'anneau, de façon à l'oblitérer exactement après la réduction du contenu du sac. La pelote (fig. 105, 106, 107) est montée elle-même sur un ressort qui l'applique d'avant en arrière contre la paroi abdominale, et dont les extrémités sont adaptées à une ceinture de tissu élastique. Les modèles usités sont ceux de Dolbeau et de Drapier : « Dans le bandage de Dolbeau, la pelote, pourvue au centre d'une demi-sphère qui vient combler l'anneau ombilical, est attachée à une lame fenêtrée, d'acier, faisant ressort, placée en avant de la pelote, à l'écusson de laquelle elle se rattache, et qu'elle débordé à droite et à gauche de quelques centimètres seulement. Aux extrémités de ce ressort est fixée une sangle, ou bien encore un fort tube en caoutchouc qui fait le tour de la ceinture et que l'on serre à volonté. Dans le bandage Drapier, la pelote ombilicale est supportée par deux ressorts latéraux mobiles qui viennent prendre leur point d'appui en arrière, sur deux pelotes plus petites placées des deux côtés de la colonne vertébrale et réunies par une patte en cuir. » (Berger.)

(1) Voy. J. et L. RAINAL, *Le bandage herniaire*, 1899.

Pour les hernies plus volumineuses, le même type de bandage (fig. 108, 109, 110, 111) est applicable seulement dans les cas rares où la hernie est réductible en totalité, et où elle ne se complique pas d'une chute notable de la paroi abdominale. Dès que la paroi est relâchée, il faut d'abord la soutenir avant de songer à contenir l'exomphale ; or toutes les ceintures hypogastriques en tissu élastique imaginées à cet effet, sauf peut-être les derniers appareils proposés par M. Berger, sont assez coûteux, d'un entretien difficile, et leur application est délicate (1). Si, en effet, l'on veut répartir également les pressions à la fois sur la surface totale de la ceinture et sur la pelote centrale, il est nécessaire d'y adjoindre des bretelles et des sous-cuisses dont la disposition varie presque avec chaque malade.

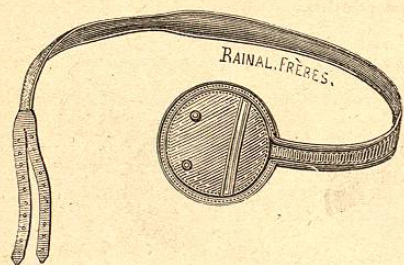


Fig. 108. — Bandage pour hernie ombilicale chez l'adulte.

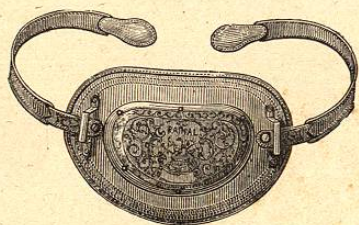


Fig. 109. — Bandage pour hernie ombilicale.

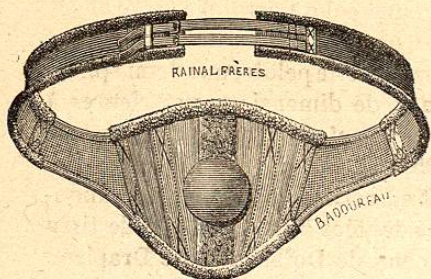


Fig. 110.

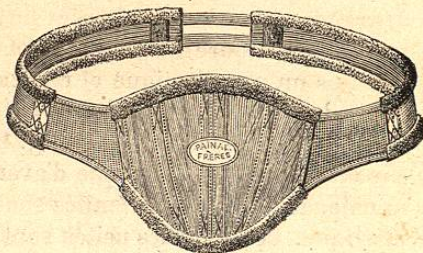


Fig. 111.

Fig. 110 et 111. — Bandage pour hernie ombilicale.

Quand la hernie est complètement réductible, aux difficultés de la contention viennent s'ajouter les douleurs déterminées par la compression prolongée du sac. Il faut alors renoncer aux tentatives de réduction complète, et remplacer la pelote ombilicale par une plaque concave moulée sur la hernie que l'on aura préalablement ramenée à son plus petit volume en faisant garder au malade pendant quelque temps le décubitus horizontal. Dans les hernies volumineuses, avec une masse énorme d'épiploon irréductible tombant en bourse

(1) P. BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XII, 1886, p. 219.

sur l'hypogastre, le mode de contention le moins illusoire consiste dans un simple filet qui tient lieu de suspensoir et qui s'oppose du moins à l'engagement de nouvelles quantités d'épiploon dans le sac. Ici, à plus forte raison, doit-on adjoindre à la ceinture des moyens de fixité, sous-cuisses et bretelles, d'ailleurs toujours insuffisants.

Cette insuffisance des moyens palliatifs semblerait donc imposer la cure radicale comme une règle formelle chez tous les sujets porteurs d'une exomphale d'un certain volume incomplètement réductible ou douloureuse; malheureusement, c'est précisément dans ces cas que l'opération sanglante, elle aussi, devient délicate et même expose le patient à de réels dangers. Cette opération néanmoins a été pratiquée dès l'antiquité et décrite par Celse, Oribase, Avicenne, etc., d'après leurs deux techniques générales: soit la ligature préalable du pédicule avec ou sans excision secondaire de la hernie, soit, comme aujourd'hui, l'incision du sac, son excision après la réduction de son contenu, la suture de l'anneau et des parties molles au-dessus. Segond, dans sa remarquable thèse, a fait un historique complet de ces divers modes opératoires, qui furent peu à peu délaissés plus près de nous pour ne reparaitre avec quelque faveur qu'à la période anti-septique.

A la fin du siècle dernier et dans la première moitié de celui-ci, malgré les protestations de Desault, Sanson, Martin (de Lyon), Stoltz, Bouchacourt, etc., les chirurgiens avaient renoncé à toucher aux grosses hernies ombilicales des adultes; et encore ne traitaient-ils les petites exomphales des nouveau-nés que par la ligature du pédicule. Il ne reste heureusement de cette pratique déplorable que le souvenir des accidents (péritonite, blessure de l'intestin) auxquels elle donnait lieu; et une tentative récente de John Wood pour remettre en honneur la ligature sous cutanée des exomphales réductibles est demeurée isolée. On peut en dire autant des injections interstitielles caustiques périherniaires que Schwalbe avait préconisées chez les jeunes enfants, bien qu'elles lui aient donné de bons résultats, sans doute en hâtant la cicatrisation spontanée de l'anneau. Chez les jeunes sujets, en effet, les hernies sont d'ordinares petites, réductibles en totalité, souvent canaliculées; et si elles ne guérissent pas spontanément, il est nécessaire, pour les faire disparaître, de supprimer le trajet herniaire, ce que l'on réalise très simplement avec les procédés de cure radicale actuels.

Ces procédés sont aujourd'hui très nombreux; comme pour les autres hernies, l'ingéniosité de chaque chirurgien les a multipliés. Mais on peut tous les ramener au plan opératoire général des hernies qui consiste à libérer le sac, l'ouvrir, à réduire son contenu pour exciser le péritoine exubérant, fermer l'orifice ombilical et réunir les plans sus-jacents par des sutures appropriées. Sur chacun de ces temps ont porté les modifications et les innovations des opérateurs. La

plus importante consiste dans la façon de se comporter vis-à-vis de l'anneau ombilical; trop souvent, nous l'avons dit, cet anneau adhère étroitement au collet du sac, dont la dissection exacte est impossible si l'on n'empiète pas en même temps sur le tissu fibreux voisin. Aussi, plutôt que d'avoir à libérer péniblement le collet de ses adhérences, certains préfèrent-ils commencer par exciser l'anneau circulairement en dehors de lui et ouvrir ce collet par sa périphérie en allant de dehors en dedans : tel est le principe de l'*omphalectomie*, pratiquée déjà depuis longtemps par le Dr Mollière (1) dans la kélotomie des exomphales étranglées, mais érigée en méthode réglée et définitive par Condamin, qui a mérité de lui donner son nom. Diverses autres modifications se rattachent aux sutures de la paroi destinées à oblitérer l'orifice herniaire; on a commencé par un seul plan de suture comprenant toutes les parties molles; ensuite on a adossé par un, puis par deux plans spéciaux les aponévroses; enfin on s'est servi des muscles grands droits eux-mêmes, simplement rapprochés ou partiellement entre-croisés pour assurer la solidité du bouchon ombilical. Bradier, Roger, Baumelou, Dauriac, pour ne citer que les auteurs des thèses les plus récentes sur ce sujet, ont étudié par le détail chacun de ces procédés dont les auteurs sont en France :

Lucas Championnière, Terrier, Schwartz, Berger, pour la cure radicale sans omphalectomie, — Condamin, Le Dentu pour la cure avec omphalectomie, — Quénu, pour la suture transversale des muscles grands droits, — et Dauriac pour la suture entre-croisée de deux faisceaux des grands droits en avant de l'ombilic.

Voici le résumé des deux procédés principaux :

1° *Cure radicale sans omphalectomie réglée.* — J. Lucas Championnière incise la peau au point le plus voisin du pédicule; le sac, dégagé et libéré, est ouvert largement s'il n'y a pas d'adhérences perceptibles, son contenu réintégré dans l'abdomen. Le collet disséqué est attiré au dehors de façon que la ligature du péritoine porte en arrière de lui; cette ligature, simple ou en chaîne, n'intéresse que la séreuse en avant d'elle, des points séparés à la soie rapprochent les bords de l'anneau fibreux. Un plan plus superficiel adosse en les plissant, en avant de l'anneau fermé, les feuillettes de l'aponévrose commune et les faisceaux internes des muscles droits; crin de Florence pour la peau.

Tel est le schéma; mais presque toujours il est modifié à deux temps différents. Lors de l'ouverture du sac d'abord, très fréquemment on tombe sur des adhérences étendues de l'épiploon au sac. Alors L. Championnière préconise l'artifice suivant : il fend largement l'orifice ombilical au point le plus abordable de l'orifice du sac, arrive ainsi sur l'épiploon libre dans l'abdomen et le suit de dedans

(1) D. MOLLIÈRE, Leçons de clinique chirurgicale, 1888, p. 478.

en dehors jusqu'aux adhérences, qu'il libère. Chacun de ces petits paquets d'épiploon disséqués est enserré dans autant de fils qu'il y a de paquets; tous les fils sont ensuite serrés de façon à former deux à deux les maillons d'une chaîne pour éviter les dangers d'échappement.

Une autre difficulté consiste dans la suppression des adhérences du collet du sac avec l'anneau fibreux, lors de la ligature du pédicule. Si la dissection de ces adhérences, en suivant le sac, est trop laborieuse, on fendra l'anneau ombilical sur la ligne blanche, soit en haut, soit en bas, et on sectionnera en dehors les portions de l'anneau les plus solidement soudées en ménageant le collet lui-même. M. Terrier fend crucialement l'anneau ombilical pour en faciliter la séparation.

2° *Cure radicale avec omphalectomie de parti pris.* — Dans cette méthode, l'ombilic est circonscrit dès le début de l'opération par une double incision semi-ovale des téguments.

A ce moment, certains opérateurs (Condamin) attaquent d'un côté la gaine dédoublée des droits en dehors de l'anneau, et vont ainsi jusqu'au péritoine qu'ils incisent en dehors du collet du sac. L'incision circulaire de la gaine des droits est ensuite complétée aux ciseaux : de cette façon, l'anneau fibreux se trouve extirpé avec le sac, « comme s'il s'agissait d'une tumeur ». Ce n'est qu'après cette extirpation du sac que le collet est ouvert de dedans en dehors, et que le contenu de la hernie est traité comme il convient.

Pour la suture de la paroi, deux fils métalliques résistants placés à chaque extrémité de l'incision en rapprochent les bords; le péritoine est fermé par un surjet à la soie, les deux aponévroses antérieure et postérieure des droits sont ensuite rapprochées par des points séparés, puis la peau est réunie par des fils métalliques.

Dans le procédé de M. Le Dentu, l'incision cutanée est unique et médiane, le sac est ouvert immédiatement et son contenu disséqué et réduit comme l'indique J. L. Championnière. Ensuite, seulement, le chirurgien introduit l'index dans l'anneau pour le distendre et l'attirer en dehors; guidant ainsi ses ciseaux, il excise cet anneau avec le collet.

Que l'on ait fait ou non l'omphalectomie, le mode de réunion de la paroi dépend avant tout des habitudes de chaque chirurgien; ainsi Routier, qui se borne à la cure radicale simple, et Bruns, qui la complète par l'omphalectomie, réunissent tous deux la paroi en masse par un seul plan de sutures séparées. La plupart des chirurgiens considère aujourd'hui ce plan unique comme exposant aux éventrations consécutives, et lui préfèrent la suture à étages, telle que nous l'avons décrite à propos des procédés de J. L. Championnière et de Condamin. Plus récemment, Quénu, Ostermayer, Kurz, Gersuny, etc., ont à peu près en même temps indiqué un plan de sutures spécial pour