

le grand droit ; et Dauriac enfin, non content de rapprocher sur la ligne médiane les deux muscles, a détaché de chacun d'eux une languette qu'il a fixée du côté opposé, en les entre-croisant toutes deux au-devant de l'anneau obturé.

Il est difficile de juger en bloc la valeur de ces procédés : plus la hernie sera petite, moins on aura besoin d'exciser ou de fendre l'anneau pour détruire les adhérences épiploïques ; et, d'autre part, plus on aura de facilité de réunion de la paroi, même après l'omphallectomie : aussi est-il loisible pour les petites exomphales de faire ou non l'omphallectomie d'emblée et de limiter les sutures à deux plans, l'un péritonéal, l'autre fibro-cutané. Pour les grosses hernies, au contraire, l'omphallectomie s'impose presque toujours, soit intégrale, soit par segments, si l'on veut réduire facilement l'épiploon adhérent au sac ; malheureusement, chez les femmes obèses qui sont atteintes de ces hernies même quand la paroi abdominale est tombante, ses dimensions transversales sont exiguës, et après l'omphallectomie on peut avoir les plus grandes peines pour oblitérer l'orifice créé par la plaie opératoire. L'omphallectomie d'emblée sera donc réservée aux hernies moyennes ; dans les exomphales très volumineuses, à large collet, on limitera au contraire l'excision de l'anneau aux proportions strictement nécessaires pour la libération de l'épiploon. Et la réunion de la paroi sera d'autant plus minutieuse, le nombre des plans de suture d'autant plus multiplié que l'on aura eu plus de difficultés à rapprocher les deux lèvres de la plaie ; si les tractions des fils sont très fortes, on disposera dans chaque plan quelques points de soutien en U, et dans le plan cutané quelques sutures capitonnées.

S'il s'agit de petites hernies canaliculées, après avoir ouvert le sac et libéré le collet, il sera nécessaire de fendre les fibres transversales et le péritoine sous-jacent qui constituent la face postérieure du canal ombilical. Toujours chez les jeunes sujets on se méfiera de cette disposition lorsque, après la dissection de l'anneau, on éprouvera des difficultés pour amener le collet du sac au dehors ; et l'on aura soin alors d'introduire un doigt dans l'abdomen pour explorer le trajet de la hernie et supprimer tous les diverticules qu'on pourrait y constater (hernies propéritonéales). La suture de la paroi n'exige aucune précaution spéciale.

Entre des hernies aussi diverses, le pronostic opératoire immédiat et définitif ne peut être comparable, et les statistiques d'ensemble n'ont aucune valeur pratique. Disons seulement que Bœckel, Sânger, Cahier, Pernice et Berger accusent une mortalité générale de 1/10, qui porte presque exclusivement d'ailleurs sur les interventions pour grosses hernies incomplètement irréductibles des femmes obèses ; dans de telles conditions, non seulement l'intervention est longue et délicate à cause des adhérences et des difficultés de réunion de la paroi, mais il faut toujours se méfier de l'état préalable du cœur et

des poumons et n'intervenir que si ces organes sont en état de résistance suffisante. Au contraire, chez les sujets encore jeunes, de telles restrictions ne sont plus à faire et la mortalité opératoire est négligeable.

Pour les résultats définitifs, notre élève Baumelou a enregistré les chiffres suivants : 74 cures radicales d'exomphales ont donné 15 récidives. Dans 54 opérations où le volume de la hernie fut noté :

2 fois il s'agissait de hernies énormes, il y eut 2 récidives.			
25	—	très grosses,	— 8. —
13	—	moyennes,	— 2 —
14	—	petites,	— 1 —

Ainsi qu'il était à prévoir, ce sont donc les hernies les plus petites qui s'opèrent le plus facilement et pour lesquelles on obtient les meilleurs résultats. S'il s'agit de sujets encore jeunes, résistants, l'opération s'impose pour de telles hernies, fussent-elles incomplètement réductibles, dès qu'elles deviennent gênantes ou douloureuses. A mesure que le patient avance en âge, prend de l'embonpoint et que sa hernie progresse, le pronostic devient plus sévère et les indications opératoires ne relèvent plus alors que du jugement personnel du chirurgien en présence de chaque cas spécial.

Cette liberté laissée au chirurgien d'opérer ou de s'abstenir n'existe plus aujourd'hui quand l'exomphale est étranglée. Et pourtant, il n'y a pas encore vingt ans que Terrier, par son travail désormais classique, présenté à la Société de chirurgie en 1881, a rallié à l'intervention les derniers partisans du laisser faire. Sans doute déjà lorsque, en 1861, Huguier, devant la même Société, avait préconisé l'abstention absolue, des protestations énergiques s'étaient élevées de la part de Maurice Perrin, Goyrand, Richet, Gosselin, etc., qui, reprenant les arguments de J.-L. Petit, Velpeau, Astley Cooper, Scarpa, avaient démontré la nécessité de la kélotomie précoce. Mais les échos de ce premier débat n'étaient pas allés jusqu'au grand public médical, et longtemps après encore, dans la pratique privée, la hernie ombilicale étranglée fut considérée comme au-dessus de la compétence du chirurgien. Il y avait à cela plusieurs raisons : d'abord c'est que les grosses hernies ombilicales irréductibles passent souvent par plusieurs phases d'engouement avant d'aboutir à l'étranglement vrai ; aussi les partisans de la théorie générale de l'inflammation des hernies trouvaient-ils dans la rétrocession fréquente de ces accidents des raisons d'abstention à opposer aux partisans de l'étranglement mécanique, tous interventionnistes. En outre, il faut bien reconnaître que le péritoine de la région ombilicale est beaucoup plus susceptible, réagit beaucoup plus vivement à l'infection que celui du bassin au niveau des anneaux inguinaux et cruraux : les accidents de péritonite post-opératoire y sont plus fréquents et plus graves. Et c'est sans doute à

quoï faisait allusion Scarpa lorsqu'il portait pour l'exomphale étranglée un pronostic opératoire beaucoup plus sévère que pour les autres hernies.

Aujourd'hui, ces raisons de temporiser disparaissent devant la connaissance plus exacte de la nature des accidents et la sécurité que nous donne l'antisepsie; et on doit admettre que toute hernie ombilicale présentant les signes habituels de l'étranglement, c'est-à-dire la suppression du cours des matières et des gaz, doit être opérée aussitôt que possible. Cette règle est sans exception pour les petites hernies des jeunes sujets, où l'étranglement est dû presque toujours au pincement latéral d'une anse intestinale. Dans les hernies volumineuses, il faut distinguer : la hernie présente-t-elle pour la première fois cet ensemble de phénomènes qui caractérisent l'engouement : irréductibilité, douleur, constipation absolue? Si ces accidents sont récents, la glace et le repos au lit en viendront peut-être à bout. Il en sera de même pour une hernie depuis longtemps irréductible et qui a déjà été plusieurs fois le siège de semblables accidents. Dans ces deux cas, le chirurgien pourra attendre vingt-quatre heures, deux jours au plus, l'effet des moyens médicaux : au bout de ce temps, après des tentatives très modérées de taxis sous anesthésie, il opérera.

Et alors pas de demi-mesures : toute opération incomplète, telle que le débridement de l'anneau fibreux sans ouverture du sac (J.-L. Petit) ou à travers une simple ponction du sac (Demarquay), telle encore que l'incision du sac limitée au niveau de l'agent d'étranglement sur le pédicule (A. Cooper, Bryant), est illusoire. Ici plus que jamais il faut voir clair; que l'on fasse ou non l'omphalotomie d'emblée, ce qui sera décidé pour chaque cas d'après les considérations émises plus haut, le sac sera incisé largement, tout son contenu soigneusement exploré, et toutes les adhérences détruites à son intérieur dès qu'elles paraissent gêner le moins du monde le cours des matières; souvent, en effet, l'obstacle est ailleurs qu'au collet, et l'intestin s'est étranglé dans la hernie même. Cette destruction des adhérences ne va pas sans de grandes difficultés; dans les vieilles exomphales volumineuses, il faut souvent y renoncer, et l'anus contre nature reste la ressource suprême quand l'état de déchéance de l'opéré et quand la longueur de l'intestin adhérent s'opposent à une entérectomie avec suture. On ne doit pourtant pas se dissimuler la gravité du pronostic de l'anus contre nature ombilical, et, si l'état général du malade le permet, on pratiquera plutôt l'entérectomie avec suture, dût-elle porter sur une grande quantité d'intestin.

La gangrène intestinale sera traitée d'après les mêmes règles générales par l'anus contre nature ou la résection.

Quant à la gangrène avec péritonite herniaire, si fréquente dans les vieilles hernies engouées, d'ordinaire elle ne permettra que

l'incision du sac comme s'il s'agissait d'un phlegmon. Ainsi pourra s'établir un véritable anus contre nature spontané, dont le pronostic est beaucoup moins grave que celui de l'anus contre nature chirurgical. Cependant, si la hernie était peu considérable, renfermait peu d'épiploon, on tenterait la cure radicale avec résection de l'anse sphacélée, excision de tout l'épiploon enflammé et de tout le sac. Dans presque tous les cas d'omphalocèle étranglée, nous établissons un drainage à la Mikulicz, après la kélotomie; au bout de huit jours, les tampons sont enlevés et l'on fait la suture de la paroi abdominale.

La statistique suivante de O. Vulpius, malheureusement globale, donne une idée du pronostic de la kélotomie pour exomphale étranglée : 55 cas avec 9 morts, dont la plupart reviennent sans doute aux hernies volumineuses. Lejars, en 1896, sur 19 kélotomies ombilicales personnelles, relève 7 morts; mais, ainsi qu'il le fait observer, cette énorme mortalité de 37 p. 100 doit être attribuée surtout au retard apporté par les patients à venir consulter le chirurgien. Plusieurs de ses opérés en effet moururent d'un véritable empoisonnement stercoral; et chez d'autres, bien que l'obstacle fût levé, les phénomènes d'occlusion n'en continuèrent pas moins à évoluer, à cause de l'iléus paralytique développé par l'incarcération prolongée de l'intestin. La précocité de l'intervention est donc la condition primordiale du succès.

IV

HERNIES RARES

I. — HERNIES DIAPHRAGMATIQUES (1).

Ce n'est guère qu'à partir de 1842 qu'on trouve une étude de cette variété de hernie. Duguet étudie, en 1855, la hernie diaphragmatique congénitale. Boussac s'occupe surtout de son étranglement. Meunier reprend la question de la hernie congénitale. A. Desprès écrit un bon article sur ce sujet. Enfin Blum et Ombredanne font paraître un important travail sur les hernies diaphragmatiques dues à un traumatisme.

Étiologie. — On divise les hernies diaphragmatiques en *congénitales* et *traumatiques*, entre lesquelles on range une troisième variété qui porte le nom de *hernies graduelles*.

(1) AUZELLI, thèse de Paris, 1842. — DUGUET, thèse inaugurale, 1855. — BOUSSAC, thèse de Paris, 1887. — MEUNIER, thèse de Paris, 1889. — A. DESPRÈS, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1859, t. XI, art. DIAPHRAGME. — BLUM et OMBREDANNE, *Arch. gén. de méd.*, janvier et février 1896. — GROSS, RÖHMER et VAUTRIN, *Path. chir.*, t. II, p. 812.