

qu'il n'y avait pas de saillie au niveau de l'ombilic, bien que la tumeur herniaire eût le volume d'un œuf de pigeon.

Dans ces cas difficiles, Vidal dit avoir pu quelquefois découvrir une hernie en plaçant le malade de profil. Il conseille en outre d'appliquer l'oreille sur la région, et, même dans les cas de hernies épiploïques, on entendrait, suivant lui, un frémissement particulier quand le malade fait un grand effort d'expiration.

C'est d'ailleurs dans les cas de hernies très-petites et presque imperceptibles que des méprises singulières ont eu lieu.

Indépendamment des difficultés qui peuvent résulter pour le diagnostic du petit volume de la hernie ombilicale, je ne vois pas de tumeur réductible qui puisse être confondue avec elle; je rappellerai seulement pour mémoire la distension de l'ombilic par le liquide de l'ascite; lorsque celle-ci est très-prononcée, la tumeur ombilicale que quelques auteurs ont appelée *hydromphale* pourrait faire supposer qu'il y a une hernie. Celle-ci existe réellement quelquefois ou a bien des chances de se produire plus tard. D'ailleurs ce diagnostic serait bien peu important; et il ne pourrait devenir utile que si l'on voulait, comme l'a fait Warner, ponctionner l'ascite en ce point, exemple que personne, je crois, ne sera tenté d'imiter.

L'existence d'une hernie ombilicale étant constatée, il faut reconnaître à quelle variété on a affaire, et quels sont les organes qui la constituent.

Relativement au siège de la hernie, le diagnostic entre celle qui sort par l'anneau et celle qui a lieu par un point voisin de la ligne blanche est extrêmement difficile. Si la cicatrice ombilicale est étalée et ne présente pas de plis, la hernie doit sortir par l'anneau; mais il n'en résulte pas pour cela que, ces signes venant à manquer, la hernie soit adombilicale.

Richter indique quelques caractères différentiels utiles pour ce diagnostic: « L'anneau ombilical est rond et la hernie qui passe à travers a cette forme. La fente dans la ligne blanche est toujours allongée, et la hernie qui passe à travers l'est aussi; les bords de l'anneau ombilical sont épais, plus fermes que les bords de la fente dans la ligne blanche, et enfin on peut, lorsque la hernie n'est pas trop volumineuse et ne recouvre pas entièrement l'anneau ombilical, sentir ordinairement cet anneau sur le côté de la hernie. »

L'entéroccèle et l'épiplocèle se reconnaîtront à leurs caractères habituels: la sonorité dans le premier cas; la matité dans le second; le gargouillement, qui accompagne la réduction d'une entéroccèle et qui manque dans l'épiplocèle. La combinaison de ces signes indiquera l'existence d'une entéro-épiplocèle.

Il est quelquefois bien difficile, sinon même impossible, de distinguer une hernie graisseuse réductible d'une épiplocèle également réductible. Je ne connais aucun signe à l'aide duquel ce diagnostic puisse être établi, et, à coup sûr, l'erreur sera souvent commise.

Dans une observation déjà citée du professeur Denonvilliers, où il s'agissait d'une hernie graisseuse passant par l'anneau ombilical, la tumeur entraînait et sortait librement, de manière à simuler complètement une hernie épiploïque.

Les hernies de l'estomac pourraient peut-être se reconnaître aux signes donnés par Morel-Lavallée (1) dans un cas où la tumeur siégeait dans la région épigastrique. Après l'ingestion des aliments et notamment des boissons, la hernie devenait plus volumineuse, plus tendue et plus mate. En faisant boire au malade de l'eau de Seltz en grande quantité, l'oreille appliquée sur la tumeur percevait un bruit éclatant, semblable à celui qu'on entend dans une bouteille à moitié pleine en soufflant avec un tube au-dessous du niveau de l'eau. Ce bruit cessait complètement lorsque la tumeur était réduite.

Quant à ces hernies singulières de l'utérus produites pendant la grossesse, il suffit d'en signaler la possibilité pour qu'on sache les reconnaître. Il a été quelquefois possible de sentir les pieds de l'enfant à travers les parois de la tumeur.

PRONOSTIC. — Si, comme nous le verrons, la hernie ombilicale s'étrangle moins souvent que les autres, d'autre part, la gravité de cette complication lorsqu'elle se déclare, le danger des opérations qu'on est obligé de pratiquer pour la combattre, doivent rendre le chirurgien très-réservé sur le pronostic. A un autre point de vue, ce pronostic est encore fâcheux par les difficultés extrêmes que l'on éprouve quelquefois pour contenir la tumeur, et par l'excessive rareté des cas de guérison. Cependant on a vu des adultes guéris de leur hernie par l'emploi d'un simple bandage.

TRAITEMENT. — Le taxis sera d'abord pratiqué, suivant les règles ordinaires, pour faire rentrer les organes déplacés. C'est surtout pour la réduction des exomphales qu'il faut se conformer au précepte qui veut qu'on relève en même temps les épaules et le bassin, afin de relâcher les parois abdominales. Il ne faut pas repousser les viscères directement d'avant en arrière, mais bien de bas en haut, l'ouverture de communication entre la hernie et l'abdomen ne siégeant pas au centre même de la tumeur, mais bien un peu au-dessus. Ces préceptes donnés par A. Cooper trouvent surtout leur application dans les cas de hernies très-volumineuses. Le même auteur a signalé les difficultés que l'on éprouve parfois à réduire l'espèce de hernie qui s'étale sous la couche graisseuse du ventre. « Cette tumeur, dit-il, ne peut pas être facilement saisie entre les mains, et tout ce qu'on peut faire, c'est de rapprocher ses côtés aussi étroitement que possible, au moyen d'une pression générale sur les parties de l'abdomen contiguës à la hernie. »

La réduction doit être maintenue à l'aide d'un bandage. Or, en raison des changements de volume auxquels le ventre est sujet, il est néces-

(1) Bull. de la Société de chirurgie, 2<sup>e</sup> série, t. II, p. 382.

saire de faire usage d'un bandage élastique, et, comme Richter l'a parfaitement indiqué, ce bandage doit être fabriqué de manière à ne porter que sur deux points opposés, sur la hernie et sur la partie postérieure du tronc, en laissant presque libres de compression les autres points de la circonférence du ventre. Celui que l'on emploie le plus fréquemment consiste en une pelote ovalaire ou ronde et assez large, au centre de laquelle est une demi-sphère de composition analogue à celle des autres pelotes herniaires, et qui doit s'appliquer sur l'ouverture. Cette pelote est unie à un ressort, représentant un demi-cercle élastique qui embrasse la moitié ou les deux tiers du corps et qui se termine par une ou deux courroies venant se boucler sur la pelote. Ce bandage, qui réussit bien à contenir une hernie de moyen volume, chez un sujet d'un embonpoint médiocre, peut être insuffisant chez des malades très-obèses, lorsque la hernie est petite et ne fait qu'une saillie légère au fond d'une dépression profonde répondant à l'ombilic. Il faut alors que la pelote soit moulée sur cette dépression et assez proéminente pour aller tout au fond repousser la hernie. Comme ces sujets obèses ont généralement la peau très-vulnérable, en fixant la pelote au ressort, on s'expose à ce qu'il y ait des frottements pénibles et suivis d'excoriations. C'est dans ces cas qu'il est bon de se servir d'une petite pelote indépendante moulée sur la dépression de l'ombilic et maintenue par un bandage à pelote large et complètement plate. La figure 43 représente un bandage imaginé par Dolbeau et qui peut rendre des services.

Cependant on rencontrera dans la pratique quelques sujets, certaines femmes principalement, qui ne peuvent supporter aucun bandage. Le professeur Gosselin conseille alors de faire usage d'une ceinture de coutil ou d'une simple serviette, à laquelle il fait fixer par quelques points de suture une boule d'ouate, qui est appliquée sur l'ouverture herniaire.

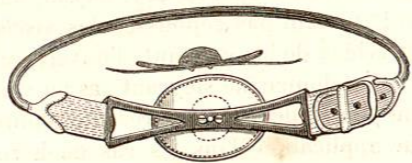


FIG. 43. — Bandage de Dolbeau.

Les différents moyens que nous venons d'énumérer constituent bien un traitement palliatif, car il est tout à fait exceptionnel que la hernie ombilicale des adultes puisse guérir par l'emploi d'un bandage, quelque parfait qu'il soit.

*Traitement curatif.* — Nous avons déjà fait mention de divers procédés qui ont été proposés pour obtenir la cure radicale de l'exomphale chez les enfants, et nous disions alors que ces opérations devaient être sévèrement proscrites à cet âge, où les chances de guérison spontanée-

sont très-grandes. Ces mêmes procédés ont été appliqués à la cure radicale de la hernie des adultes, et dans un certain nombre de cas leur emploi a été suivi de succès.

Mais d'abord il faut se demander si, malgré les succès obtenus, la cure radicale de l'exomphale peut être tentée chez l'adulte. C'est un fait généralement reconnu que chez ce dernier la guérison spontanée de la hernie ombilicale est tout à fait exceptionnelle, et, à ce seul point de vue, on pourrait dire qu'une opération de cure radicale est peut-être indiquée. Mais il faut tenir compte des conditions anatomiques qui, à partir d'un certain âge, rendent la guérison spontanée impossible, et contre lesquelles la plupart des procédés de cure radicale resteront insuffisants; c'est principalement la dilatation de l'anneau ombilical entretenue par le passage continuel des viscères et portée dans de telles limites que son resserrement devient impossible. De plus, les procédés de cure radicale, chez les adultes comme chez les enfants, exposent à des accidents extrêmement graves et qui peuvent entraîner la mort. Cette considération devra donc presque toujours arrêter le chirurgien.

Toutefois, lorsque la hernie est volumineuse, difficile à réduire et surtout à contenir; qu'elle expose à de fréquentes douleurs abdominales; qu'elle empêche le malade de se livrer à ses occupations; enfin, lorsque celui-ci désire avec ardeur une opération qui puisse le délivrer, *bien que les dangers de cette opération lui aient été exposés*, je pense que dans ces circonstances *exceptionnelles* la cure radicale peut être tentée.

Je renvoie le lecteur aux traités de médecine opératoire et à ma thèse, pour la description des nombreux procédés qui ont été préconisés dans ce but.

#### B. Hernies ombilicales irréductibles.

La hernie ombilicale des adultes, dès qu'elle atteint un certain volume, reste rarement à l'état de simplicité. Je me propose actuellement d'examiner les accidents et les complications auxquels elle est exposée comme les autres hernies, en insistant sur ce qu'ils peuvent présenter de spécial.

##### a. Hernies irréductibles par adhérences.

Comme l'épiploon fait à peu près constamment partie de la tumeur, on conçoit que les exomphales deviennent facilement adhérentes. Ces adhérences ont lieu en effet presque toujours entre la face interne du sac et l'épiploon, et il en résulte des brides qui partagent quelquefois le sac en plusieurs loges, et contre lesquelles l'intestin a pu s'étrangler.

Dans d'autres cas, l'épiploon, sans adhérer à la surface interne du sac, est uni aux anses intestinales, qui elles-mêmes sont fixées les unes aux autres.

Ces diverses lésions reconnaissent une cause commune : l'inflamma-

tion, tantôt latente, tantôt se traduisant par des douleurs locales, des coliques, de la constipation, des vomissements.

Ces exomphales adhérentes peuvent acquérir parfois un énorme volume, soit par le développement anormal et l'hypertrophie de l'épiploon, soit par l'introduction d'une nouvelle quantité de viscères qui contractent consécutivement des adhérences. C'est dans ces cas que l'on voit la hernie descendre jusqu'au-devant du pubis, ou même jusque sur les cuisses.

Ces hernies ont comme caractère commun d'être irréductibles; mais il faut distinguer celles dont l'irréductibilité est complète de celles qui sont partiellement réductibles. Lorsque ce dernier cas existe, c'est habituellement l'intestin seul qui peut être refoulé dans l'abdomen, et alors la réduction s'accompagne d'un bruit de gargouillement.

Le diagnostic des exomphales adhérentes, surtout lorsqu'elles sont uniquement formées d'épiploon, devient parfois très-difficile. Il est même le plus souvent impossible de distinguer une épiplocèle adhérente et d'un médiocre volume d'avec une hernie graisseuse irréductible. Celle-ci, d'après Scarpa, diffère de l'épiplocèle en ce qu'elle est plus dure et, ajoute Bérard, en ce qu'elle ne détermine pas de troubles du côté de la digestion. Ces signes sont, comme on le voit, loin d'être pathognomoniques.

La complication d'adhérences expose les hernies ombilicales à certains accidents qu'on observe rarement du côté des autres hernies.

Ainsi, par suite de la distension excessive de la poche herniaire, on a vu quelquefois l'amincissement des parois être porté au point qu'elles se sont déchirées. Boyer (1) a observé cette rupture spontanée.

P. Pott a vu aussi dans un cas d'omphalocèle volumineuse la cicatrice ombilicale se rompre pendant la grossesse.

Les hernies adhérentes peuvent encore donner lieu, lorsqu'elles persistent depuis longtemps, à des lésions diverses du côté de l'intestin, comme des rétrécissements partiels, ainsi que Lisfranc (2) en a observé un exemple remarquable, ou bien à des ulcérations suivies même de perforations spontanées. Ce dernier accident paraît s'être montré dans un fait rapporté à la Société anatomique par Sappey (3).

Enfin on possède aussi un assez grand nombre d'observations d'omphalocèles compliquées de corps étrangers arrêtés dans l'intestin et l'ayant perforé, pour se porter à l'extérieur. Bérard (4) a rapporté quelques exemples de cet accident : dans un cas, il s'agissait d'un épi de blé de la longueur du petit doigt; dans un autre, de noyaux de fruits; dans un troisième, c'est un ver lombric qui est sorti à travers l'ombilic.

(1) Boyer, *Traité des mal. chir.*, t. VIII, p. 305.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1840.

(3) *Bull. de la Société anat.*, 1839, p. 41.

(4) *Dictionn.* en 30 vol.

Les adhérences, comme on le voit, ont surtout pour résultat fâcheux d'exposer les hernies ombilicales aux diverses causes d'inflammation qui peuvent agir soit de dehors en dedans comme les violences extérieures, soit de dedans en dehors comme l'accumulation de corps étrangers circulant difficilement ou s'arrêtant même dans ces exomphales volumineuses dont le collet est relativement assez étroit. L'inflammation est quelquefois légère; elle paraît même se limiter à quelques points de la tumeur, sans retentir sur sa totalité, comme dans certaines observations dans lesquelles l'intestin a été ulcéré et perforé par un corps étranger. Mais dans d'autres cas aussi, soit que l'inflammation s'étende davantage ou qu'elle revête un caractère particulier, des symptômes plus ou moins graves se manifestent. C'est la véritable inflammation herniaire ou le pseudo-étranglement, suivant l'expression de Malgaigne.

b. *Hernies irréductibles par inflammation ou étranglement.*

Je réunis sous ce même titre ces deux graves complications de la hernie ombilicale, parce qu'elles me semblent le plus souvent se lier l'une à l'autre, l'étranglement succédant à l'inflammation véritable.

La hernie ombilicale, plus que toute autre, paraît offrir les conditions favorables au développement de l'inflammation aiguë; tels sont: le volume ordinairement assez considérable de la tumeur, l'étroitesse peu marquée de son collet, la nature de son contenu qui renferme à peu près constamment la masse épiploïque, enfin les adhérences fréquentes et étendues que les viscères herniés ne tardent pas à contracter, soit entre eux, soit avec la surface interne du sac, prédisposant, comme je l'ai déjà dit, aux nombreuses causes d'inflammation, soit extérieures, soit intérieures.

A ces mêmes raisons qui expliquent pourquoi l'étranglement véritable est plus rare dans les hernies ombilicales que dans les inguinales et les crurales, on peut ajouter que le péritoine, qui forme le sac des exomphales, étant généralement très-distendu, très-aminci, paraît moins apte à subir au niveau du collet la transformation fibreuse. Nous avons déjà fait remarquer cette particularité en traitant de l'anatomie pathologique. Toutefois nous avons cité quelques cas, rares il est vrai, dans lesquels l'induration, l'épaississement du collet du sac, étaient très-marqués.

Il ne faudrait donc pas établir comme règle absolue que l'agent de l'étranglement est toujours l'anneau fibreux de l'ombilic, ainsi qu'on le dit généralement; et cette question mériterait d'être examinée avec plus de soin qu'on ne l'a fait, au point de vue du manuel opératoire de la kélotomy avec ou sans ouverture du sac.

D'ailleurs dans l'exomphale, comme dans les autres hernies, l'agent

de l'étranglement n'est pas seulement le contour fibreux de l'anneau ou le collet épaissi du sac; ce peut être une bride fibreuse, ou l'épiploon adhérent, épaissi. Suivant Arnaud, la cause la plus commune de l'étranglement des omphalocèles serait la constriction de l'intestin dans une perforation accidentelle de l'épiploon, assertion qui, par parenthèse, ne me paraît rien moins que démontrée. Enfin, Cooper (1) a vu l'intestin étranglé dans un trou du sac herniaire.

Je n'ai rien à dire de particulier sur la symptomatologie de l'inflammation et de l'étranglement de la hernie ombilicale.

Dans un assez grand nombre de cas la marche des accidents est lente; on observe d'abord les signes habituels de l'inflammation, auxquels succèdent ensuite les phénomènes de l'étranglement véritable.

Mais il ne faut pas croire que l'étranglement de la hernie ombilicale offre toujours une marche aussi lente; il peut quelquefois exister de très-bonne heure, et déterminer très-rapidement la gangrène. Les accidents revêtent alors un caractère de gravité excessive.

C'est probablement pour avoir surtout observé dans sa pratique des cas de cette nature, que Scarpa avait professé cette opinion que, dans la hernie ombilicale étranglée, la marche des accidents est aiguë et la terminaison par gangrène fréquente et facile. D'un autre côté, Richter, qui avait sans doute rencontré des exemples d'exomphales enflammées, avançait que l'étranglement est rarement très-violent et joint à un danger pressant.

Bérard (2), placé entre deux opinions opposées, semble plutôt pencher vers celle de Richter, et pour lui, le rapprochement et la comparaison d'un grand nombre d'observations publiées par différents auteurs le porteraient à croire que certains étranglements de l'épiploon ont une marche assez lente et n'amènent qu'au bout de plusieurs jours, et lorsque déjà l'épiploon suppure, l'étranglement de l'intestin. Cela est vrai pour un grand nombre de cas, ainsi que je l'ai dit plus haut; mais, suivant l'observation très-judicieuse de Vidal (de Cassis), il serait à craindre que cette opinion mal interprétée n'eût une influence fâcheuse sur la pratique et n'arrêtât trop longtemps la main de l'opérateur.

Il est évident qu'il y a une grande distinction à établir, sous le rapport de la marche et de la gravité de l'étranglement, entre les différents cas qui peuvent se présenter. Le professeur Gosselin a fait remarquer avec raison qu'il faut, à ce point de vue, distinguer les grosses, les moyennes et les petites hernies. Parmi les grosses hernies ombilicales, il en est quelques-unes, irréductibles depuis longtemps, formées presque entièrement par de l'épiploon, qui peuvent devenir le siège d'un étranglement portant sur une petite entéroccèle concomitante. Dans ces cas l'étranglement est rarement bien prononcé; c'est plutôt un pseudo-étran-

(1) Œuvres, p. 341, obs. 201.

(2) Dict., en 30 vol.

glement, qui peut cesser spontanément ou bien qui se réduit par le taxis.

Mais il est d'autres hernies volumineuses dont l'étranglement est très-grave et marche rapidement; ce sont celles qui renferment, avec plus ou moins d'épiploon, une grande longueur d'intestin ou même deux longues anses, comme le professeur Gosselin (1) en a rapporté un exemple à la Société de chirurgie.

Quant à la marche de l'étranglement des entéroccèles ou entéro-épiplocèles moyennes et petites, il est bien difficile de se prononcer et d'accepter l'opinion de Scarpa plutôt que celle de Richter, et de dire que cet étranglement est plus ou moins grave que dans les autres hernies. Le professeur Gosselin pense que la proposition, assez généralement répandue, qui consiste à admettre que l'étranglement des hernies ombilicales est toujours très-grave, n'est peut-être pas établie sur des faits suffisants et convenablement observés. Il tiendrait à ce qu'on s'expliquât d'abord sur l'âge de l'étranglement dans les cas que l'on invoque pour émettre cette opinion.

Ce qui rend la solution extrêmement difficile, c'est précisément la difficulté que l'on éprouve souvent au lit du malade à déclarer qu'il y a véritablement étranglement ou simple inflammation de la hernie. Or pour les indications thérapeutiques, pour les chances de réussite après l'opération, ce diagnostic entre l'inflammation et l'étranglement aurait la plus grande importance.

Je rappellerai seulement les règles pratiques données par le professeur Gosselin sur cette question délicate. Dans les cas d'exomphales déterminant les accidents habituels de l'étranglement (irréductibilité, sensibilité de la tumeur, avec coliques, nausées, vomissements, constipation), il faut tenter plusieurs fois l'emploi des purgatifs; si des garde-robes ont lieu, on devra penser qu'il s'agit d'une épiplocèle enflammée; si la constipation reste invincible, si les vomissements deviennent fécaloïdes, l'étranglement devra être admis.

Un mot encore cependant sur le diagnostic différentiel de la hernie ombilicale irréductible avec accidents. Les causes d'erreur sont peu nombreuses, et peu de tumeurs de l'ombilic peuvent simuler une hernie enflammée ou étranglée. Cependant une tumeur graisseuse simplement irréductible, mais coïncidant avec des symptômes de péritonite, pourrait faire croire à l'existence d'une hernie ombilicale étranglée.

TRAITEMENT. — Dans les hernies irréductibles et exemptes d'accidents, la seule indication est de protéger la tumeur contre l'action des chocs extérieurs, et de prévenir par une douce compression la sortie d'une plus grande quantité de viscères. Si la hernie est peu volumineuse, on conseille généralement l'emploi d'un des bandages décrits précédemment, mais terminé par une pelote concave, dont les dimensions sont calquées sur celles de la tumeur. Il serait peut-être possible par

(1) Bull. de la Société de chirurgie, t. VIII, p. 89.

ce moyen d'obtenir, comme dans une observation d'Arnaud, la réduction progressive des viscères, et de remplacer au bout d'un certain temps le premier bandage par un autre à pelote convexe.

Enfin, lorsqu'il s'agit de ces hernies extrêmement volumineuses qui tombent quelquefois jusque sur le pubis, il faut se contenter de les soutenir à l'aide d'un suspensoir prenant son point d'appui sur les épaules ou sur un corset qui entoure la poitrine. On pourra employer dans ce but le suspensoir de Hilden, modifié par Scarpa. Ce suspensoir consiste en un corset de toile forte et double qui ne descend que jusqu'à l'union du cartilage de la première fausse côte avec le sternum. De la partie postérieure de ce corset, c'est-à-dire des endroits correspondant aux omoplates, partent deux bandes de toile larges de deux travers de doigt, qui, descendant de chaque côté, passent sous les aisselles et viennent jusque vers le milieu du ventre se fixer, par le moyen de deux boucles, aux côtés d'un petit sac fait d'une double toile piquée, et dont la forme et la capacité sont telles qu'il embrasse exactement toute la hernie. Ce suspensoir, dont le poids se trouve supporté par les épaules, peut être élevé ou abaissé à volonté à l'aide de deux boucles.

Les mêmes règles de traitement, les mêmes moyens thérapeutiques qui sont généralement indiqués contre l'inflammation et l'étranglement des hernies en général, sont également applicables lorsque la hernie ombilicale devient le siège de ces complications; aussi devrai-je me borner à l'exposé de ce qui concerne plus spécialement cette dernière.

S'il s'agit d'une exomphale volumineuse, irréductible depuis longtemps, manifestement constituée en tout ou en partie par une masse épiploïque considérable; si les symptômes locaux d'inflammation sont très-marqués; si en même temps les accidents d'étranglement sont peu pressants, et en particulier si la constipation n'est pas absolue, et que l'emploi des purgatifs détermine quelques garde-robes, on doit admettre qu'il s'agit surtout d'une épiplocèle enflammée; l'intervention chirurgicale doit se borner à l'usage des antiphlogistiques énergiques; la temporisation est permise.

Mais on sait qu'il n'est pas rare de voir au bout d'un certain temps les accidents locaux et généraux s'aggraver, la constipation devenir invincible, les vomissements prendre le caractère fécaloïde; on doit penser alors qu'il y a étranglement d'une entéroécèle concomitante.

A plus forte raison ce diagnostic devra-t-il être porté si les mêmes symptômes d'étranglement se manifestent dans une hernie réductible en tout ou en partie, et qui devient brusquement ou très-rapidement irréductible.

Dans l'un ou l'autre cas, l'intervention chirurgicale est indiquée, et on peut avoir recours, soit au taxis, soit à l'opération du débridement.

Le taxis, aidé du chloroforme, sera pratiqué suivant les règles ordinaires si bien tracées par le professeur Gosselin. On pourrait aussi em-

ployer dans ce but la bande de caoutchouc que Maisonneuve a appliquée surtout à la réduction des hernies inguinales étranglées.

On voit que je ne discute pas même l'opportunité du taxis dans les cas que j'ai eu le soin d'indiquer. C'est qu'en effet, suivant l'observation du professeur Gosselin, la hernie ombilicale étranglée réclame les mêmes indications que les autres. Lorsqu'elle est traitée à temps, le taxis aidé du chloroforme en triomphe souvent avec facilité et, la réduction obtenue, les malades guérissent tout comme ceux auxquels on réduit des hernies inguinales ou crurales. Dans huit cas observés par le chirurgien de la Charité, la réduction a été obtenue après un taxis de cinq à quinze minutes. J'ai été heureux de retrouver les mêmes principes de traitement exposés en Angleterre par Thomas Bryant (1), dans un mémoire très-bien fait sur lequel j'aurai bientôt à revenir. Ce chirurgien a établi, d'après ses statistiques, que sur 100 cas de hernies ombilicales étranglées, 73 avaient été réduites par le taxis et 27 par la kélotomie; de telle sorte que l'opération était indiquée 9 pour 100 moins fréquemment que pour la hernie inguinale, et 46 pour 100 moins souvent que pour la fémorale. Le fait que cette sorte de hernie est plus curable par le taxis présente un intérêt considérable, ajoute le même auteur, en raison de la gravité de l'opération du débridement.

La hernie ombilicale étranglée doit donc être réduite par le taxis, ou du moins les premières tentatives du chirurgien doivent être de remplir cette indication. Seulement il doit se rappeler que l'étranglement de cette forme de hernie a souvent une marche rapide et détermine vite la gangrène; aussi, si les symptômes persistent depuis plus de quarante-huit heures, si les phénomènes locaux du côté de la tumeur semblent faire craindre que la gangrène soit imminente ou même qu'elle existe déjà, le taxis doit être abandonné comme dangereux; l'opération du débridement est le dernier moyen qui puisse être employé.

Je ne m'arrêterais pas à discuter l'opportunité de la kélotomie dans la hernie ombilicale étranglée, alors que le taxis a échoué ou qu'il n'a pu être employé à temps, si cette question n'avait été soulevée et si certains chirurgiens n'avaient professé sur ce point des opinions tout à fait opposées à celles qui jusque-là avaient cours dans la science.

A la suite d'une discussion sur l'étranglement des hernies, Huguier émit devant les membres de la Société de chirurgie cette opinion, que dans les hernies ombilicales étranglées, il vaut mieux s'abstenir que de pratiquer la kélotomie. Cette simple assertion, avancée sans preuves à l'appui, souleva une réclamation de la part de Goyrand (d'Aix), qui, tout en reconnaissant la gravité de l'opération, répondit par cet aphorisme: *Melius anceps quam nullum*, et rapporta trois observations où la kélotomie avait été suivie du succès le plus complet (2).

(1) *Guy's Hospital reports*, t. VII, 3<sup>e</sup> série, 1861, p. 44.

(2) *Société de chir.*, 2<sup>e</sup> série, t. II, p. 357.

D'autres faits de guérison furent successivement cités à la même Société par Maurice Perrin, Laurent (de Langres), Legendre.

C'est alors que Huguier tenta de donner les raisons qui l'avaient porté à formuler cette proposition que, dans la hernie ombilicale, il vaut mieux s'abstenir que de pratiquer la kélotomie. Relativement à la gravité généralement reconnue de cette opération, il rappelle les principales causes qui ont été invoquées pour expliquer cette gravité et qui pour lui sont primitives ou anatomo-pathologiques, et consécutives ou chirurgicales et opératoires.

Les causes de la première catégorie sont :

1° L'énergie de la constriction sur les organes herniés, par une ouverture étroite, mince et résistante.

2° La disposition champignonnée des parties herniées, qui fait qu'un pédicule étroit correspond à une masse considérable herniée.

3° Le peu d'épaisseur des enveloppes, d'où le froissement facile des parties herniées par le taxis, l'inflammation fréquente de ces enveloppes, enfin leur rupture à la suite du traumatisme.

4° L'absence ou la petite quantité de sérosité dans le sac.

5° La gangrène fréquente du sac.

6° Le volume énorme de la tumeur et les adhérences des parties herniées.

7° Le voisinage de l'étranglement de la cavité péritonéale, ce qui prédispose à la péritonite.

Les causes consécutives ou chirurgicales sont :

1° La lésion facile des parties herniées, vu le peu d'épaisseur des parois de la tumeur, les adhérences des viscères et la petite quantité de sérosité du sac.

2° La blessure fréquente et nécessaire de l'épiploon pour passer à travers lui, afin d'arriver à l'intestin.

3° L'irruption subite des parties herniées aussitôt l'incision des enveloppes faite. Boyer dans un cas ne put terminer l'opération.

4° Les difficultés de la réduction une fois le sac ouvert et débridé.

5° La blessure nécessaire du péritoine pariétal dans le débridement.

6° Le voisinage très-rapproché du sac.

7° La position déclive de l'ouverture débridée, fait déjà signalé par Velpeau.

La conclusion de ce discours était que, dans la hernie ombilicale étranglée, on devra insister sur les moyens propres à obtenir la réduction. La kélotomie complète (incision des enveloppes, débridement et réduction) ne devra être généralement pratiquée que dans les hernies petites, récentes et antérieurement réductibles. Pour la plupart des autres cas, on devra simplement faciliter l'ouverture spontanée de la tumeur, et au besoin ouvrir l'intestin, afin de provoquer l'évacuation des matières fécales, sans aller jusqu'au débridement de l'anneau et à la réduction des parties.

Le professeur Richet, abordant la même question, pense aussi que la gravité de l'opération de la kélotomie dans la hernie ombilicale tient à des causes spéciales, particulières à cette forme de hernie; mais il croit aussi que ces causes peuvent être modifiées par le chirurgien; aussi ne partage-t-il pas le pessimisme de son collègue. Suivant lui, parmi les causes qui placent la hernie ombilicale étranglée dans des conditions plus défavorables pour être opérée de succès que les autres hernies, il faut ranger en première ligne le défaut de proportion du sac herniaire et des viscères, résultant du peu d'épaisseur des téguments la difficulté d'empêcher la pénétration dans l'abdomen des liquides sécrétés par le sac enflammé, après l'opération; enfin la nécessité presque absolue de faire porter l'incision du débridement sur le péritoine lui-même, ce qui expose à la propagation de l'inflammation au reste de la séreuse.

Pour parer autant que possible à ces graves inconvénients, Richet pense qu'il faut opérer le plus tôt possible ces hernies et avant que, par une malaxation intempestive, on ait mis le sac herniaire dans des conditions telles qu'il suppurerait nécessairement, et qu'une fois l'intestin mis à nu il faut dilater plutôt que débrider, et surtout s'opposer à la pénétration des liquides altérés dans le péritoine, soit par la position, soit par l'obturation directe de l'orifice herniaire; qu'enfin, pour prévenir ou modérer l'inflammation qui suivra nécessairement l'opération, il faut avoir recours aux réfrigérants.

Cette discussion a eu l'immense avantage d'attirer l'attention des chirurgiens français sur la nécessité qu'il pourrait y avoir à apporter certaines modifications dans les procédés de kélotomie généralement employés.

Ainsi le professeur Richet, considérant principalement les dangers inhérents à l'incision du péritoine pariétal, conseille-t-il, au lieu de débrider, de pratiquer une dilatation du collet du sac et de l'anneau, suffisante pour permettre la réduction.

Appliqué à la hernie ombilicale, ce procédé semble faire disparaître un grand nombre des causes auxquelles nous avons vu attribuer la gravité de l'opération. Il paraît du reste convenir plus particulièrement à la forme de la hernie que j'étudie, puisque dans celle-ci l'étranglement n'est presque jamais produit par le collet du sac, et qu'il semble devoir être le plus souvent possible de débrider l'anneau fibreux, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans.

A. Cooper a mis ce procédé en usage dans un cas d'exomphale irréductible et volumineuse. Voici comment il décrit l'opération :

« Je priai M. Shannon de tirer la tumeur en bas vers le pubis, et je fis une incision de deux pouces qui ne comprit que la peau. Cette incision fut faite vis-à-vis la partie supérieure du collet du sac herniaire; elle mit à découvert un fascia auquel je fis une ouverture suffisante pour admettre la sonde cannelée, que je fis glisser jusqu'à l'ouverture de

l'ombilic et sur laquelle je me guidai pour diviser ce fascia. Passant alors mon doigt entre l'orifice du sac et la ligne blanche, dans le lieu où celle-ci forme l'ouverture ombilicale, je divisai cette ouverture avec le bistouri boutonné dans une étendue d'environ trois quarts de pouce.

» J'exerçai dans ce moment sur la tumeur une pression qui fit rentrer aussitôt une portion d'intestin dans l'abdomen. Une bandelette agglutinative fut ensuite appliquée sur la plaie.

» Le sac resta donc ainsi sans ouverture, et, l'étranglement étant causé par l'aponévrose et non par le collet du sac, cette opération simple et facile fut suffisante pour me permettre de réduire la hernie. Cette opération fut suivie de la guérison de la malade (1). »

Cette pratique, négligée pendant longtemps, a été de nouveau préconisée en Angleterre. Dans un mémoire déjà cité, Thomas Bryant, exposant les raisons qui, d'après lui, rendent l'opération de la kélotomie si grave dans les cas de hernie ombilicale, se fondant sur ce que, dans le seul cas de succès noté par lui, le contenu du sac n'a pas été exposé à l'air, propose la non-ouverture de celui-ci comme le meilleur procédé à employer.

Enfin dernièrement, en France, Colson (de Noyon) essayait aussi de faire revivre l'opération de J. L. Petit.

Ces tentatives paraissent n'avoir pas été vaines, et la kélotomie sans ouverture du sac a procuré plusieurs succès dans la hernie ombilicale étranglée. C'est à ce procédé opératoire que je dois la seule guérison que j'aie obtenue.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler et de discuter les objections qui ont été faites à cette méthode générale de traitement, objections dont la principale consiste à dire que la non-ouverture du sac empêche de constater l'état des viscères et expose à réduire une anse intestinale gangrénée ou perforée. Cette objection, en effet, disparaît en partie pour la hernie ombilicale, lorsqu'on considère que la minceur habituelle du sac permettra souvent de juger de l'état des parties contenues. C'est ainsi que dans une observation rapportée à la Société de chirurgie par Goyrand (d'Aix) (2), ce chirurgien, opérant une hernie ombilicale et voulant débrider sans ouvrir le sac, aperçut à travers les parois de ce dernier une teinte brunâtre du contenu. Craignant alors une lésion grave de l'intestin, il se décida à ouvrir le sac herniaire.

Je dois signaler encore une modification apportée aux procédés habituels et qui mérite d'être connue, parce qu'elle est peut-être appelée à rendre des services. Je la trouve indiquée dans le mémoire de Th. Bryant, qui la préconise tout particulièrement. Elle consiste, lorsque

(1) A. Cooper, *loc. cit.*, p. 345, obs. 307.

(2) *Société de chirurgie*, 2<sup>e</sup> série, t. II, 1862, p. 360.

la réduction n'a pu être obtenue après débridement sans ouverture du sac, à inciser celui-ci seulement au niveau de son collet, dans les limites strictement nécessaires pour pratiquer le débridement. On évite ainsi, suivant le chirurgien anglais, le danger réel de l'ouverture complète du sac, c'est-à-dire l'exposition à l'air et la manipulation de l'intestin enflammé.

De son côté Demarquay (1), sans avoir connaissance du procédé de Bryant, a proposé et mis à exécution le débridement après une petite ponction du sac au voisinage de l'anneau. Dans un cas où il a fait cette opération, ce chirurgien a cru devoir se borner au débridement, sans tenter la réduction. Je dois ajouter que l'insuccès qui a suivi cette tentative est attribué par Demarquay à un débridement insuffisant de l'ouverture herniaire.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure en formulant ainsi les règles du traitement de la hernie ombilicale étranglée :

Le taxis aidé du sommeil anesthésique doit être employé comme dans les autres hernies, avec les précautions habituelles et dans les limites que j'ai indiquées, c'est-à-dire qu'il ne doit guère être pratiqué au delà de quarante-huit heures après l'étranglement.

Si le taxis a échoué, loin d'abandonner le malade à lui-même, il faut avoir recours à l'opération, et celle-ci devra être faite le plus tôt possible.

Quant au manuel opératoire du débridement, il serait à désirer que les chirurgiens tentassent dorénavant, à moins d'indications spéciales, les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> Essayer de dilater ou de débrider l'anneau, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans, sans toucher au péritoine et sans ouvrir le sac.

2<sup>o</sup> Si ce moyen échoue et qu'on ait lieu de supposer que l'étranglement est dû au collet du sac, au lieu d'ouvrir la totalité de celui-ci, il faudrait avoir recours à l'opération recommandée par Th. Bryant et Demarquay, c'est-à-dire faire seulement une petite ponction au voisinage du collet. Puis je conseillerais, avant d'en venir à l'incision, d'essayer la dilatation simple de l'anneau, qui a si bien réussi dans un cas dû au professeur Richet.

Enfin ce ne serait qu'en dernier lieu, lorsque ces manœuvres auraient été impossibles ou insuffisantes, qu'on pratiquerait l'opération habituelle.

Il est inutile d'ajouter que, dans l'opération de la hernie ombilicale étranglée, plus encore que pour toute autre hernie, les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont de rigueur, si l'on veut assurer le succès, surtout lorsqu'on opère dans des conditions hygiéniques peu favorables.

(1) *Union med.*, 20 mars 1866.