

sont rares, du reste, on aura recours à une opération. Une fois l'étranglement levé, on fermera l'anneau ombilical par des points de suture.

§ 141. — La **hernie ombilicale des adultes** s'observe particulièrement chez les personnes un peu âgées et douées d'un fort embonpoint. L'élargissement de l'anneau ombilical peut alors être dû à l'augmentation de volume de l'abdomen ainsi qu'à la disparition du tissu cicatriciel, entre les fibres duquel pénètre le tissu adipeux sous-séreux; ce tissu constitue même, parfois, une sorte de lipome qui peut franchir l'anneau en attirant après lui le péritoine. Très souvent, à en juger d'après la position de l'orifice herniaire, qui se trouve, en effet, situé sur les côtés ou au-dessus de l'ombilic, ce n'est pas l'anneau ombilical lui-même qui s'est élargi, mais bien la ligne blanche ou une partie voisine de cette dernière. Nous avons là une analogie évidente avec les hernies graisseuses, assez fréquentes que l'on observe le long de la ligne blanche jusqu'à l'appendice xiphoïde et dont nous avons déjà parlé dans la partie générale de ce chapitre.

L'orifice herniaire prend assez souvent chez l'adulte, avec le temps, des dimensions beaucoup plus considérables que chez l'enfant, et la hernie elle-même augmente beaucoup de volume au point d'atteindre les dimensions d'une tête d'enfant ou même davantage. Dans la grande majorité des cas ces hernies volumineuses contiennent, outre des quantités variables d'intestin, une portion plus ou moins grande de l'épiploon, et, assez souvent, ce dernier est alors adhérent au sac herniaire ou aux anses intestinales.

Ces conditions anatomiques compliquent le plus souvent l'opération d'une façon désagréable dans les cas d'étranglement herniaire. De fait, l'étranglement de la hernie ombilicale de l'adulte n'est point tout à fait rare. D'après les calculs de BRYANT, sur 100 hernies étranglées, 6 sont ombilicales.

Tout ce que nous avons dit au sujet de la difficulté de contention des hernies ombilicales de l'enfant par des appareils, peut s'appliquer, à un plus haut degré encore aux hernies du même genre chez l'adulte. Ici encore on fera bien de se servir comme moyen de contention de bandes entourant complètement l'abdomen. De larges bandes formées d'un tissu élastique sont celles qui remplissent le mieux le but. On leur adapte une large plaque ou une sorte de pelote qui vient s'appliquer sur l'anneau ombilical une fois la hernie réduite. Dans certaines circonstances et dans le but d'obtenir une diminution de volume de la hernie, on pourra aussi appliquer passagèrement des pansements de sparadrap; le malade devra alors garder le repos. Lorsqu'il s'agit d'une hernie irréductible, la pelote adaptée à la bande doit être concave. Dans quelque cas on peut tout au moins empêcher une augmentation de volume de la hernie au moyen d'un corset, auquel est reliée une pelote par l'intermédiaire d'un ressort.

Parmi les appareils en forme de bandage herniaire, celui de LANGGAARD est le seul qui mérite d'être essayé. Le ventre du malade est entouré de deux tiges élastiques qui suivent les mouvements du corps et sont unies par une articulation *énarthrodiale* avec les boutons dont est munie la plaque de la pelote destinée à exercer une pression sur l'orifice herniaire.

LAWSON TAIT a insisté sur la nécessité du traitement opératoire des hernies ombilicales de l'adulte, et nous sommes aussi d'avis que l'on doit conseiller l'opération au malade, à cause des dangers multiples auxquels sont exposés les porteurs de hernies de ce genre. La méthode opératoire serait, du reste, la même que celle que nous avons décrite à propos de l'opération radicale des hernies en général.

Dans les cas d'étranglement de la hernie ombilicale, surtout lorsque celle-ci est volumineuse et adhérente au sac, le taxis n'a, en somme, que peu de chances de succès. Cependant il peut être tenté, suivant les règles générales que nous avons établies, et si l'on n'est pas appelé trop tard auprès du malade, on parvient assez souvent à réduire la hernie par ce moyen. Lorsqu'il s'agit d'une hernie volumineuse, B. SCHMIDT conseille d'en saisir la base avec les deux mains, et d'attirer en avant la tumeur, dans l'idée de redresser la coudure que pourrait avoir subie l'anse intestinale, et, d'autre part, de fixer en même temps l'orifice herniaire au lieu de le refouler vers la cavité abdominale comme dans la méthode habituelle du taxis.

Bien que dans les cas d'étranglement d'une hernie ombilicale, le pronostic ne soit point favorable, ce n'est pas un motif suffisant pour abandonner complètement à la nature la marche de la maladie, et attendre une heureuse terminaison de l'établissement d'une fistule stercorale, ainsi que le proposait HUGUIER à la suite d'une série d'insuccès opératoires. UHDE qui a rassemblé 123 cas de hernies ombilicales étranglées, a trouvé une mortalité de 46, 7 0/0. Bien que ce chiffre soit probablement encore au-dessous de la réalité, tout doit nous engager à tenter l'opération. Si la marche est très souvent défavorable, il faut en chercher la cause dans l'existence fréquente d'adhérences qui viennent compliquer la hernie, ainsi que dans la nécessité où l'on se trouve presque toujours d'ouvrir assez largement la cavité abdominale; en effet, bien que l'anneau ombilical constitue assez souvent l'agent d'étranglement, le feuillet mince du péritoine se trouve si intimement accolé au pourtour de l'orifice, qu'il n'est guère possible de l'épargner dans le cours de l'opération; d'ailleurs l'incision du sac péritonéal est indiquée dans les hernies non réductibles et adhérentes. Le danger de la péritonite est, par conséquent, bien plus grand que dans les hernies crurales et inguinales; d'autre part l'écoulement au dehors des sécrétions de la plaie est beaucoup plus difficile, ces liquides ayant une tendance à pénétrer dans la cavité abdominale.

Dans une discussion de la Société de chirurgie de Paris, à l'occasion d'une communication de FERRIER et POLAILLON sur un certain nombre



d'opérations de hernies ombilicales, la majorité des chirurgiens présents se prononça en faveur du traitement opératoire. L'unanimité fut presque complète à l'égard des petites hernies qui s'étranglent d'une façon aiguë. Les opinions n'étaient partagées que pour le traitement des hernies volumineuses, anciennes et irréductibles. FERRIER est aussi partisan de l'opération de cette dernière forme de hernies bien que le pronostic en soit beaucoup plus défavorable; en effet, outre les inconvénients déjà signalés plus haut, ces hernies offrent une certaine tendance à la gangrène des tissus à la suite de l'opération. En outre, il s'agit assez souvent, dans ces cas, de personnes extrêmement grasses, circonstance qui rend difficile l'observation stricte des règles de l'antisepsie; on comprend, dès lors, la gravité du pronostic, mais on n'est pas autorisé pour cela de négliger une opération qui pourrait sauver le malade. De grandes incisions sont nécessaires, à cause des conditions anatomiques compliquées des hernies ombilicales volumineuses; en effet, abstraction faite de la constriction qui peut être produite par l'anneau ombilical et l'orifice herniaire, il arrive assez souvent que l'agent d'étranglement se trouve situé dans l'intérieur du sac, et consiste dans des coudures de l'intestin ou des constrictions de ce dernier par des fentes ou des brides anormales de l'épiploon. Le cas publié dernièrement par B. SCHMIDT, dans lequel l'étranglement siégeait dans la cavité abdominale, montre bien à quel point peut être compliquée la disposition anatomique de la partie herniée. Dans ce cas, la secousse produite dans une chute du malade, avait évidemment fait pénétrer une anse intestinale herniée dans la cavité abdominale où elle s'était étranglée.

Dans les cas où l'on n'est pas guidé pour le choix de l'incision sur l'existence d'une inflammation ou d'une gangrène de la partie herniée, nous conseillons de la pratiquer toujours au niveau du bord supérieur de la hernie, à l'endroit correspondant à l'anneau et à la partie supérieure de la tumeur herniaire. Le sac est ouvert d'emblée sur une longueur suffisante pour permettre de bien se rendre compte de la disposition anatomique du contenu herniaire. Si le sac présente des anomalies, il devra être incisé largement, afin qu'on puisse l'examiner dans toute son étendue. Lorsqu'on s'est ainsi convaincu que l'agent d'étranglement n'est pas dans le sac herniaire, on introduit avec précaution et suivant les règles bien connues, un bistouri boutonné dans l'anneau ombilical, au-dessus du pédicule de la hernie, et l'on fait plusieurs petites incisions des bords de cet orifice en pressant modérément sur la lame de l'instrument. C'est précisément dans l'opération des hernies ombilicales que l'on a souvent l'occasion de mettre en pratique les règles que nous avons établies au sujet du traitement de l'épiploon hernié. L'observation stricte des principes de l'antisepsie diminuera notablement, dans la suite, les dangers de l'opération des hernies ombilicales compliquées ou non d'étranglement.

§ 142. — Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de mentionner les hernies qui se produisent le long de la ligne blanche ou dans le voisinage de cette dernière, et sortent par de petites fentes en suivant volontiers le tissu conjonctif périvasculaire. Il n'est pas rare que des pelotons adipeux appartenant au tissu sous-séreux arrivent au dehors à travers ces ouvertures; tantôt le lipome sous-séreux fait seul hernie, tantôt il attire après lui un sac herniaire. C'est précisément autour de l'anneau ombilical que l'on rencontre assez souvent de petites hernies formées de cette manière, et qui exigent le même traitement que les hernies ombilicales. (Voir également les hernies graisseuses dans la partie générale de ce chapitre.) Les conditions sont aussi les mêmes en cas d'étranglement.

Ces petites hernies donnent lieu assez souvent à des symptômes particuliers. Les malades se plaignent de douleurs vives, de tiraillements dans la région de l'estomac, douleurs qui sont évidemment provoquées par traction de la portion de péritoine pariétal ou d'épiploon faisant partie de la hernie. En outre, on observe volontiers des phénomènes d'hypochondrie avec anorexie et gastralgie, etc. Ces symptômes sont bien, en réalité, sous la dépendance de ces petites hernies, comme le prouvent un certain nombre de cas dans lesquels je les ai vus disparaître à la suite de l'opération. Cette dernière consiste à ouvrir le sac herniaire après l'avoir mis à nu, à pratiquer, cas échéant, la résection de l'épiploon, puis l'excision du sac suivie de la réduction du pédicule. L'orifice herniaire en forme de fente est ensuite fermé par des points de suture. Grâce aux précautions antiseptiques, cette petite opération est presque complètement dépourvue de danger.

Abstraction faite de ces petites hernies des parois abdominales, il en existe d'autres plus volumineuses, à orifice herniaire relativement large. Lorsqu'elles occupent la paroi antérieure de l'abdomen, on les rencontre sur les côtés de l'ombilic, le long de la ligne blanche, dans la masse musculaire du grand droit de l'abdomen, ou bien latéralement entre ce dernier muscle et le grand oblique. Il n'existe, du reste, aucun point de la paroi abdominale antérieure qui ne puisse, à l'occasion, devenir le siège d'une hernie. Une partie de ces dernières suivent probablement la voie qui leur est tracée par les pertuis livrant passage aux vaisseaux (MACKROCKI, LUECKE). Souvent elles se développent à la suite de grossesses. Elles peuvent aussi s'étrangler et nécessiter par le fait, soit le taxis, soit la kélotomie.

Les hernies faussement appelées **ventrales**, diffèrent considérablement des précédentes, tant au point de vue de l'étiologie qu'à celui de l'importance clinique qu'elles présentent. Elles ne possèdent pas, à proprement parler, de sac herniaire, en ce sens qu'il n'existe pas de partie rétrécie ou collet, mais bien une sorte de poche dans laquelle ont pénétré le péritoine et les viscères à travers une ouverture relativement large et longue des parois abdominales. Leur siège est le plus souvent