

Bibliothèque numérique

medic@

**Vidal, Aug.. - Des hernies ombilicales
et épigastriques**

1848.

Paris : Imprimerie de L. Martinet

Cote : 90974

9.

DES
HERNIES OMBILICALES
ET
ÉPIGASTRIQUES.

THÈSE

PRÉSENTÉE LE 20 FÉVRIER 1848,
AU CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
VACANTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Aug. VIDAL (de Cassis),

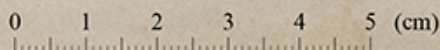
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi.



PARIS,

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,
RUE JACOB, 30.

1848.



Juges du Concours :

Professeurs	{	MM. MARJOLIN , président.
		BÉRARD.
		BLANDIN.
		BOUILLAUD.
		CHOMEL.
		CLOQUET.
		DENONVILLIERS.
		GERDY.
		MOREAU.
		VELPEAU.
Membres de l'Académie royale de médecine.	{	BÉGIN.
		GIMELLE.
		JOBERT (DE LAMBALLE).
		REVEILLÉ PARISE.
		VILLENEUVE.

Compétiteurs :

MM. ALQUIÉ.
BOYER.
CHASSAIGNAC.
LAUGIER.
MAISONNEUVE.
MALGAIGNE.
MICHON.
ROBERT.
SANSON.
VIDAL (DE CASSIS).

(1)

DES

HERNIES OMBILICALES

ET

EPIGASTRIQUES.

La plupart des viscères de l'abdomen peuvent sortir par presque tous les points des parois de cette cavité; car, outre les ouvertures naturelles et les endroits faibles de ces parois, des lésions physiques, d'autres lésions peuvent encore les diviser, les affaiblir. Mais c'est de chaque côté, vers la racine des membres, qu'on remarque les ouvertures les plus prononcées, les plus accessibles aux viscères; c'est là aussi qu'on observe le plus de hernies. Vient ensuite la ligne blanche, dans ses sections les plus élevées, sur les points où elle est le moins soutenue par les muscles, c'est-à-dire aux régions ombilicale et épigastrique. Les hernies abdominales, examinées dans leur ensemble et par rapport à leur siège, sont donc ou *latérales* ou *médianes*; c'est dans cette dernière catégorie que se trouvent celles dont j'ai à tracer l'histoire, les *hernies ombilicales* et *épigastriques*. Ces tumeurs offrent assez d'analogie pour que de grands maîtres en aient traité dans un seul *mémoire* et pour que le jury ait jugé convenable de les réunir dans une même thèse; mais, dans l'intérêt de la clarté et de la pratique, je diviserai mon sujet en

deux chapitres : 1° *hernies ombilicales*, 2° *hernies épigastriques*. Ils seront d'ailleurs traités de manière que le premier éclairera le second, lequel sera complété par le premier.

CHAPITRE PREMIER.

Hernies ombilicales.

J'appelle hernies ombilicales, *exomphales*, *omphalocèles*, des tumeurs en rapport avec l'ombilic, et dans la composition desquelles entrent des organes qui doivent faire ou qui ont fait partie de l'abdomen.

Cette définition que je tente ici, implique une différence dans l'étiologie de ces tumeurs; elle indique qu'il est de ces hernies qui existent avant et d'autres après la naissance. Ces hernies offrent des différences au point de vue de leurs caractères, de leur étiologie, de leur pronostic, et surtout de leur traitement qui m'obligent à les diviser encore. Je décrirai donc : 1° l'exomphale congéniale; 2° l'exomphale des enfants; 3° l'exomphale des adultes.

ARTICLE PREMIER.

EXOMPHALE CONGÉNIALE.

CARACTÈRES DE LA TUMEUR.— La tumeur est composée par des parties qui étaient destinées à entrer dans l'abdomen, et qui ont été retenues au dehors par des

causes que je chercherai à apprécier. Déjà apparaît une profonde différence entre l'omphalocèle congéniale et les hernies que j'aurai à étudier dans les deux articles qui vont suivre ; car ces dernières seront formées par des viscères sortis du ventre qui les a déjà logés , tandis que , dans la tumeur que je vais décrire, existent des parties qui ne sont jamais entrées dans cette cavité. J'ai marqué cette différence dans la définition que j'ai donnée de l'exomphale.

La tumeur de l'omphalocèle congéniale a un volume très varié , puisqu'elle peut être formée d'une petite anse d'intestin, dans le cas le plus simple, et contenir tout l'appareil digestif dans les cas les plus graves. Sa forme se rapproche le plus souvent d'un cône dont la base est du côté de l'abdomen et le sommet du côté du placenta. Le sac est formé par un second péritoine , ou , si l'on veut , par un diverticulum de la grande séreuse abdominale , comme celui qui va jusqu'au fond des bourses quand la tunique vaginale communique encore avec l'abdomen.

En dehors de la séreuse , sont la veine et les artères ombilicales. La première est en haut , du côté de l'épigastre ; les autres sont en bas et un peu latéralement. Les distances qui existent entre ces trois vaisseaux doivent varier selon le développement de la tumeur. On comprend , en effet , qu'une grande dilatation de la poche herniaire doit écarter les vaisseaux qui entrent dans la composition de ses parois et en changer les rapports : ainsi les deux artères peuvent être placées d'un seul côté ; Scarpa a signalé ce fait et a noté aussi la possibilité d'une seule artère ombilicale (1).

(1) *Traité des hernies* , p. 324 et suiv.

Il arrive même que tout le cordon est rejeté sur un côté, et qu'au lieu de s'élever du sommet de l'omphalocèle, il naît de la base de cette tumeur (MM. Hamilton et Baël, cités par M. P. Bérard (1)). Ces vaisseaux sont facilement détachés du péritoine.

En allant vers la surface externe de la tumeur, on trouve la gélatine de Warton, vers le ventre, du tissu cellulaire; enfin, vient l'enveloppe extérieure, formée, dans les hernies un peu volumineuses, par une partie de la peau de l'abdomen et par la membrane qui revêt le cordon ombilical, membrane qui, selon Scarpa, est très analogue au tégument abdominal. Cette analogie est surtout très marquée, si on fait macérer pendant longtemps le cordon avec sa racine. On voit alors la peau du ventre acquérir une transparence qui se rapproche beaucoup de celle du tissu spongieux placé entre les vaisseaux de l'ombilic. Mais, sans cette préparation, on constate que la portion de la tumeur qui correspond à la base du cordon n'est pas transparente, tandis que la portion qui la suit laisse souvent apercevoir les organes herniés. D'ailleurs, la transparence n'est pas toujours la même sur tous les points qui sont en rapport avec le tissu du cordon ombilical: on a vu, par exemple, la transparence seulement dans la moitié du contour de la tumeur. (Bérard, article OMBILIC du *Dict. en 21 vol.*, nouv. édit.) L'enveloppe herniaire, d'ailleurs, peut n'être constituée que par le prolongement du péritoine, lequel peut même manquer; l'anomalie alors rentre dans la catégorie des faits devant les-

(1) *Dict. de Méd.*, en 21 vol., nouv. édit., art. *Ombilic*.

quels la chirurgie est malheureusement impuissante.

Le contenu de la tumeur peut être une petite anse de l'intestin grêle, une portion du colon; une partie du foie peut y être rencontrée. On a avancé qu'il semble impossible que la totalité de ce parenchyme soit renfermée dans l'omphalocèle (1). On comprend que la présence d'une partie du foie dans la hernie, donne une couleur brune à la tumeur, qui doit alors produire un son mat à la percussion. M. Velpeau a vu un fœtus bien conformé, dont tout l'appareil digestif se trouvait hors de l'abdomen. (Velpeau, *Anatomie chirurgicale*, t. II, p. 21.)

ÉTIOLOGIE. — Je l'ai déjà dit, la tumeur dont il est question ici est formée par des parties qui, destinées à la composition de l'abdomen, n'ont pu être admises dans cette cavité, de sorte que je n'ai pas à dire comment ces parties sont sorties, mais comment elles ne sont pas entrées, ce qui est beaucoup plus difficile. Ici, comme toutes les fois qu'il s'agit d'un vice de conformation, devaient nécessairement se trouver, en présence, deux écoles qui ont d'illustres représentants. On a invoqué : 1° un arrêt de développement; 2° une maladie proprement dite. La première école dit : Jusqu'à une certaine époque, l'em-

(1) Je dois dire ici cependant que je possède une note de M. Goyrand, note transcrite dans mon livre, où il est très nettement dit que sur un fœtus mort à la suite d'une énorme omphalocèle, on ne trouva plus dans la cavité abdominale, réduite à de petites dimensions, que le duodénum, le rectum, le pancréas et l'appareil urinaire. Je lis à l'instant, dans la *Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1832, une observation du docteur Berthelot, où il est dit : L'autopsie montre dans la poche de l'exomphale 1° l'estomac, 2° le foie, 3° tout l'intestin, excepté le colon descendant et le rectum, 4° la rate.

bryon est nécessairement hernieux, puisqu'une partie du tube digestif se trouve dans le cordon ombilical (1). Ce n'est que peu de temps après le troisième mois que le paquet intestinal abandonne enfin le cordon pour entrer, comme partie composante de l'abdomen, dont l'ouverture ombilicale va, peu à peu, être fermée. Mais, si la force qui pousse les organes du cordon vers l'abdomen ou qui les attire dans cette cavité, si la même influence qui tend à rétrécir l'ouverture ombilicale, si le *nisus formativus* est affaibli, neutralisé, l'enceinte abdominale n'est pas complétée; une partie des organes qui lui étaient destinés prennent droit de domicile ailleurs, et au lieu d'un abdomen au complet, il y a, pour ainsi dire, deux abdomens incomplets, imparfaits. L'être est donc menacé dans sa viabilité, car les organes qui doivent assurer celle-ci sont dans des rapports et dans un état d'imperfection qui doivent nécessairement entraver leurs fonctions, et exposer à des accidents graves le fœtus, quand déjà l'embryon a pu s'y soustraire. On voit déjà percer ici la gravité du pronostic de l'omphalocèle congéniale. Mais quel est ce *nisus formativus*? quelle cause paralyse, entrave son action?

La seconde école a appliqué ici la théorie qu'elle a invoquée pour l'explication du *spina bifida*. Des adhérences, contre nature, accidentelles de la moelle et de ses membranes avec la peau empêcheraient ces parties d'entrer dans le canal rachidien; celui-ci ne se complèterait pas, car ces adhérences, étant antérieures à la cartilaginification des lames ver-

(1) Pas toujours. Velpeau. *Médecine opératoire*, t. IV, p. 235.

tébrales, maintiendraient la moelle hors du canal osseux qui devrait la contenir. Donc, pour l'omphalocèle on a invoqué les mêmes adhérences qui seraient produites ici par une péritonite partielle; elles fixeraient, sur un point du cordon dilaté, les organes et lutteraient contre les forces tendant à attirer dans l'abdomen les organes qui doivent normalement entrer dans sa composition.

Les preuves de cette théorie, en ce qu'elle a d'applicable à la pathogénie de l'omphalocèle, ont été puisées d'abord dans Scarpa, lequel a dit : *Un des principaux obstacles à la réduction complète de la hernie ombilicale congéniale est l'adhérence morbide entre les intestins herniés et les parois du sac.* M. Bérard, qui cite ce passage, cite aussi un cas observé par M. J. Cloquet, prouvant l'existence d'une péritonite circonscrite dans une hernie ombilicale, et un cas qui est dû à M. Reid, lequel aurait observé le cœcum, son appendice, deux circonvolutions de l'iléon tellement adhérents au sac et à la gaine du cordon, que, dans l'opinion de cet observateur, ces adhérences auraient été formées dans la première période de la vie intra-utérine (P. Bérard, *loc. cit.* Simpson, *De la péritonite chez les fœtus considérée comme cause des hernies*, etc., traduction des *Arch. gén. de Méd.*, 1839, t. VI, p. 24).

J'admets d'abord la péritonite dans la hernie, et des faits sont là pour prouver son existence : mais sont-ils assez nombreux pour correspondre au chiffre de ces hernies, et ces péritonites, quoique correspondant à la période intra-utérine, n'auraient-elles pas été produites, comme le travail de Simpson le dira, après l'é-

poque où l'intestin rentre dans l'abdomen, par exemple bien après le troisième mois? Il serait aussi difficile de répondre à cette seconde question qu'il est facile de répondre à la première, car la grande majorité des dissections prouve qu'il y avait liberté entière entre le sac et les organes qu'il renfermait. Une réponse analogue a été faite à la même théorie quand on a voulu l'appliquer au *spina bifida* : on n'a pas nié les adhérences dont j'ai déjà parlé; mais on a dit, avec raison, que si on les avait constatées à la tumeur qui était en rapport avec les lombes, on n'aurait pu les trouver quand la tumeur avait pour siège les régions dorsale et cervicale.

Il paraît que Scarpa n'entrevoit pas le parti qu'on tirerait du fait qu'on lui a emprunté, car il considère comme « principale cause de cette maladie la lenteur ou l'imperfection du développement des muscles abdominaux coïncidant avec un volume considérable des viscères du bas-ventre, et particulièrement du foie. » (*Loc. cit.*) Et Simpson a le bon sens de dire dans le mémoire cité : « Remarquons toutefois que les adhérences entre le sac et les intestins herniés, reconnues à la naissance, peuvent aussi, pour un nombre donné de cas, être seulement des effets secondaires, et résulter d'une péritonite accidentelle développée sur les intestins préalablement déplacés. »

Voilà l'étiologie de l'omphalocèle congéniale, telle que le permet l'état actuel de la science. Mais, s'il est vrai qu'après trois mois les viscères abdominaux sont rendus à leur destination, il est tout aussi bien établi que, longtemps après cette époque, l'anneau ombilical est assez dilaté pour laisser échapper des viscères, c'est-à-dire pour la formation d'une hernie d'après le mé-

canisme que je ferai connaître dans les articles qui vont suivre. Ainsi, selon Scarpa, le diverticulum du péritoine existe encore au septième mois, à la vérité dans de petites proportions. On peut constater cela sur le cadavre d'un fœtus à ce terme : en pressant avec un doigt sur la face interne de la ligne blanche, et procédant de bas en haut, on arrive sur un point qui cède; le doigt est coiffé par le petit sac qui persiste encore. En tirant sur le cordon ombilical, on augmente cette fossette. On pourrait donc admettre, qu'à sept mois, il y a encore une hernie prête à *pointer*. Un accident, une pression ou un choc sur la matrice qui arriveraient jusqu'au fœtus, un tiraillement du cordon entourant le col, ces circonstances peuvent compléter la hernie. Les premiers mouvements de la respiration, les premiers cris, un accouchement laborieux, voilà tout autant de causes qui sont de nature à compléter ou à rendre beaucoup plus volumineuse une hernie déjà existante. Cette hernie, alors, se rapproche singulièrement de celle que je vais bientôt décrire, de la hernie ombilicale chez les jeunes enfants.

DIAGNOSTIC. — Quand l'exomphale a un certain volume, elle ne peut donner lieu à aucune erreur grave de diagnostic, aujourd'hui, du moins, et en supposant auprès du malade un homme de l'art. Mais du temps de Paré il en était autrement, et de nos jours, les accouchements étant souvent confiés à des femmes ignorantes, la science a enregistré un assez grand nombre de faits malheureux, soit parce qu'on a confondu la tumeur herniaire avec une tumeur humorale, soit parce qu'on a méconnu l'existence même de la hernie. Ainsi, dans son chapitre *De la relaxation et enflure du nom-*

bril qui se fait aux enfants, Paré cite ce pauvre Pierre de la Roque, qui faillit avoir la gorge coupée par des valets qui n'admettaient pas l'irresponsabilité médicale. Ce contemporain d'A. Paré avait ouvert une hernie à un nouveau-né de M. de Martigues, lequel nouveau-né mourut (1). Sabatier cite plusieurs cas de hernies méconnues, et sur lesquelles la ligature destinée au cordon ombilical a été serrée. Selon les éditeurs de Sabatier, Dupuytren aurait observé six ou sept exemples de ligature du cordon portant sur une hernie méconnue et étreignant l'intestin, d'où coliques, nausées, vomissements, jusqu'à ce que la chute du fil eût rendu aux matières stercorales un libre passage et fait cesser l'état d'irritation du canal intestinal ; mais alors il s'était formé un anus contre nature qui avait fini par prendre les proportions d'une fistule stercorale, qui tantôt laissait échapper des gaz, tantôt des humeurs muqueuses, bilieuses, et même des matières stercorales. A l'orifice s'élevait une petite tumeur fongueuse. Plusieurs de ces fistules ont été guéries par la cautérisation ; il en est qui ont résisté à ce moyen. Enfin, d'autres ont récidivé, avec des accidents d'étranglement et de rétention de matières fécales (Sabatier, tome III, p. 631, édit. de MM. Begin et Sanson).

PRONOSTIC. — En général le pronostic est grave ; cela ressort évidemment de l'étiologie. En effet, que ce soit par arrêt de développement ou par une cause réellement morbide que de pareilles altérations dans les rapports des viscères abdominaux existent, de

(1) *Œuvres de Paré*, Édition de M. Malgaigne, t. II, p. 795.

graves obstacles sont préparés aux fonctions de la nutrition. De plus on sait que la racine seule du cordon doit persister ; le reste sera détruit quelques jours après la naissance. Or, les parois de la hernie sont en grande partie formées par les éléments du cordon, lesquels, une fois détruits, laissent les organes herniés en proie à l'inflammation, et c'est là un accident des plus compromettants pour la vie. Bien plus, le sac péritonéal peut être compris dans la mortification du cordon, et alors les organes, mis tout à fait à découvert, doivent nécessairement subir les altérations les plus graves auxquelles les enfants succombent presque toujours, et contre lesquelles la thérapeutique est impuissante.

D'ailleurs le pronostic varie selon le volume de la tumeur, le nombre et l'importance des organes herniés. Ainsi il est de ces hernies qui sont tellement graves, que le fœtus ne voit pas le jour, ou bien il passe du sein de la mère au tombeau, comme le dit tristement Ruysch, cité par Scarpa. Ruysch dit, en effet, avoir observé de ces hernies, et toujours la mort est survenue du cinquième au neuvième jour.

D'ailleurs les hernies ombilicales prononcées coïncident souvent avec d'autres graves vices de conformation. Ainsi, selon Scarpa, le *spina bifida* est fréquent alors ; il y a aussi développement incomplet des os de la tête, faiblesse des muscles abdominaux, un gonflement énorme des viscères du bas-ventre et particulièrement du foie. (Scarpa, page 325.)

Il est évident qu'il est de ces complications qui sont plus graves que la hernie elle-même, et qui, sans elles, entraîneraient l'enfant au tombeau.

Il en est autrement des omphalocèles, qui ont un petit volume, qui ne sont composées que par une anse intestinale; si on les réduit bien, si la ligature du cordon ombilical est faite méthodiquement, on peut beaucoup espérer.

On a même observé des guérisons dans des cas extrêmement graves et en apparence nécessairement mortels. Sous ce rapport, l'observation de M. Thélou, que je vais citer en entier, est très remarquable. Dans une observation de M. Goyrand, on verra à quels efforts la nature se livre pour opérer à elle seule la guérison (1).

Observation d'exomphale congéniale énorme, suivie de guérison; par M. Thélou, docteur-médecin à Dunkerque.

Je fus mandé le 1^{er} août 1838 par le sieur Masson Claire, de la commune de Saint-Pierrebrouck, pour donner mes soins à un enfant du sexe féminin, dont sa femme venait d'accoucher. Cette enfant était atteinte d'une exomphale énorme : tout le paquet intestinal faisait hernie, et se voyait à travers une pellicule très légère, formée par la distension des membranes du cordon ombilical. La tumeur ainsi constituée offrait 24 centimètres du pourtour à la base, et 29 centimètres en passant par-dessus, en passant d'un côté à l'autre. L'anneau qui livrait passage aux viscères, était formé par un prolongement de la peau sur le cordon, et par l'écartement des fibres aponévrotiques des muscles droits et de la ligne blanche.

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, n° 37, p. 43.

Mon premier pronostic fut grave ; je ne pensais pas que l'enfant pût vivre. La sage-femme qui l'avait reçue, madame Bravic, n'avait jamais vu d'éventration de ce genre, mais seulement de petites hernies ombilicales qui n'excédaient pas la grosseur d'une noix. Dans ma propre pratique, j'avais rencontré des hernies dans le cordon ombilical, mais qui s'étaient toujours facilement réduites par la compression.

Voici toujours ce que je crus devoir tenter ici : Je commençai par exercer une compression soutenue avec la paume de mes deux mains, afin de faire rentrer le plus de parties qu'il me serait possible ; par ce procédé, je réduisis plus de moitié de la hernie. J'appliquai ensuite sur la tumeur des compresses imbibées d'huile ; et par le moyen d'un bandage de corps médiocrement serré, je continuai la compression, et j'engageai la sage-femme à resserrer le bandage quand il se relâcherait.

Je revis l'enfant le lendemain, la tumeur était encore diminuée.

Le 4, nouveau progrès de la réduction.

Le 11, je fus mandé pour voir cette enfant ; elle était atteinte de convulsions ; la hernie était entièrement réduite. Le cordon était détaché ; il restait une ouverture de 3 centimètres de diamètre, qui était recouverte de bourgeons charnus, et formant une plaie unie. Les convulsions cessèrent le lendemain.

En passant par Saint-Pierrebrouck le 27 août, je trouvai l'enfant entièrement guérie. A la place de l'éventration aussi considérable, il existait une cicatrice inégale en losange, ayant de haut en bas

1 centimètre environ et 6 millimètres d'un côté à l'autre. Les téguments s'élevaient en bourrelet au-dessus de la cicatrice.

Depuis lors, l'enfant a grandi et est devenue une jeune fille. Je l'ai revue il y a deux ans, et jamais elle n'avait éprouvé aucune douleur à cette place. (*Journal de chirurgie*, année 1844, p. 187.)

THERAPEUTIQUE. — Quand Paré dit que l'enfant affecté de *relaxation du nombril mourrait bien* sans lui, il le dit pour refuser toute opération ; car, lorsqu'il fit cette réponse, il avait été mandé pour pratiquer *ouverture audit ombilic* (1).

Mais il est des soins à donner au nouveau-né affecté d'omphalocèle que Paré n'aurait jamais refusés, malgré son pessimisme à l'endroit de cette hernie, et il est de petites opérations qui lui sont applicables, et que le jeune praticien doit connaître. Aussi n'ai-je jamais compris qu'on pût écrire de très belles considérations sur l'omphalocèle congéniale sans ajouter le moindre conseil pratique au bout des vues théoriques, et je pense, avec M. Jobert, que, même dans les cas qui paraissent au-dessus des ressources de l'art, l'homme qui le cultive avec conscience ne doit pas moins pour cela prodiguer ses soins au malade. D'ailleurs, comme M. P. Bérard l'a établi dans ses préliminaires au traitement, on peut ranger sous trois chefs les degrés de cette maladie : 1° Les cas où tous les viscères digestifs, ou presque tous, sont dans la tumeur. Il est certain qu'ici la chirurgie demeure impuissante ; mais l'homme de l'art ne doit pas refuser ses soins.

(1) Paré, *loc. cit.*

2° Si une seule petite anse intestinale est contenue dans la tumeur, on la réduira méthodiquement, on la fera contenir par le doigt d'un aide pendant qu'on liera le cordon avec soin.

3° Si la tumeur est de moyenne grosseur, les chances de guérison sont peu nombreuses, mais la compression est alors ce qu'il faut préférer. D'autres moyens ont encore été employés.

Mais comme, en disant *tumeur de moyenne grosseur*, je ne précise pas assez, et que la moyenne ici serait difficile à établir, je vais citer les faits qui sont à ma connaissance et qui dirigeront mieux que des généralités.

J'ai déjà fait connaître un fait très remarquable, emprunté à M. Thélus, qui trace la marche à suivre dans les cas graves. On voit que ce praticien pratiqua d'abord une douce compression avec la paume de la main, qu'il réduisit, en partie, la tumeur; il appliqua ensuite un bandage destiné à remplacer la main, lequel opéra une réduction lentement progressive. Le succès fut complet. On va voir que M. Hey a obtenu une très belle guérison aussi par un bandage qui présentait, en rapport avec l'ombilic, une saillie emplastique.

Observation. — Voici comment ce fait a été traduit dans les additions à l'ouvrage de Scarpa (1). La tumeur, du volume d'un œuf de poule, était contenue dans la base du cordon ombilical. Ce célèbre chirurgien (Hey) opéra d'abord la réduction des viscères et rapprocha ensuite les bords de l'ouverture de l'anneau

(1) *Traité des hernies*, p. 115 et suiv.

avec des bandelettes agglutinatives. Il plaça sur cette ouverture une petite pelote conique faite avec le même emplâtre, qu'il recouvrit de compresses en soutenant le tout avec une ceinture. La chute du cordon ombilical eut lieu six jours environ après la naissance. Quinze jours plus tard, l'anneau ombilical était tellement rétréci qu'on put lever l'appareil sans craindre que les viscères vinssent de nouveau former hernie, même quand l'enfant poussait des cris.

La ligature du cordon a été aussi employée, et avec un plein succès, dit M. Jobert (1), par M. Hamilton; voici comment il l'exécuta : Une fois les viscères réduits, il appliqua une ligature autour de la base du cordon, puis il rapprocha les bords de l'ouverture, à l'aide de deux épingles d'argent et d'emplâtres agglutinatifs.

M. Jobert ajoute : Ce cas ne suffit pas pour faire adopter la ligature de préférence à la compression, puisque celle-ci a déjà réussi plusieurs fois, et a eu un succès complet. D'ailleurs, selon M. Jobert encore, la simple ligature circulaire serait infiniment préférable à l'introduction des aiguilles, qui pourraient bien avoir des effets funestes.

M. P. Bérard cite de plus un exemple de guérison, bien que la tumeur n'eût pas moins de 7 pouces de diamètre (mesure du Rhin), et quoiqu'on se fût borné à lier le sac après avoir réduit les viscères qu'il contenait. Cette hernie renfermait la plus grande partie des intestins; le sac avait une couleur cendrée, et une odeur de putréfaction. La suppuration fut longue,

(1) *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, par M. Jobert, t. 2, p. 430.

mais elle finit par se tarir (Obs. de M. Bal, à Tiel, *Arch. gén. de méd.*).

Le professeur de Paris ajoute : Le succès obtenu, dans cette dernière occasion, ne doit point engager à imiter une semblable pratique, et on ne conçoit guère comment le nouveau-né a pu échapper au danger de la dénudation des intestins ou de leur issue à travers l'anneau ombilical (1).

ARTICLE II.

HERNIE OMBILICALE DES JEUNES ENFANTS.

CARACTÈRES DE LA TUMEUR. — La forme la plus générale de la tumeur est allongée, presque cylindrique; elle s'élève, s'allonge et s'érige quelquefois sous l'influence des cris.

La hernie peut revêtir ainsi les formes diverses que j'indiquerai quand je traiterai de cette tumeur chez l'adulte. En effet, chez l'enfant, les organes déplacés peuvent être dans le centre même du cône représenté par les trois vaisseaux ombilicaux, ou s'appliquer sur un côté de l'anneau et rejeter du côté opposé les vaisseaux. On comprend de suite que ces rapports différents doivent faire varier la forme de la tumeur et la situation du stigmate ombilical, et qu'avec le temps la hernie peut prendre le volume qu'elle offre dans un âge plus avancé, car il vient un moment où ces deux variétés se confondent; ceci est surtout vrai pour

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII. p. 32.

ceux qui admettent que, quand, chez l'adulte, la hernie se fait par l'anneau même, c'est que déjà il y avait une petite *pointe* qui avait été méconnue, ou bien parce que l'anneau ne s'était pas fermé aussi complètement que l'exige l'état normal. Mais, en général, la hernie des enfants est petite, et les plus grosses ne sont pas toujours les plus douloureuses.

En allant du péritoine, qui est la couche la plus concentrique de la poche herniaire, à la peau, on trouve des filaments irréguliers, débris des vaisseaux, et un tissu cellulo-fibreux, qui disparaît même pour peu que la tumeur se développe chez l'enfant. La peau, toujours mince, est surtout plus pâle sur un point, sur le stigmate dont j'ai parlé, lequel est central, si la tumeur s'est développée entre les vaisseaux réduits alors en cordons et écartés, ou latéral, si ces vaisseaux ont été déjetés sur un point de l'anneau, en d'autres termes, si la hernie, au lieu d'être *centrale*, est *latérale*.

L'intestin grêle et le colon transverse sont les viscères contenus le plus ordinairement dans la hernie ombilicale du jeune âge. On peut y trouver aussi, mais par un hasard qui ne s'est pas répété, je crois, depuis le fait de Cabrol, on peut y trouver une dépendance de la vessie, une partie de l'ouraque, qui, après la naissance, s'est avancée vers l'anneau, l'a franchi, parce que l'urine ne pouvant couler par l'urètre, qui était oblitéré, a dilaté la vessie et l'ouraque encore perméable : de là cette hernie si singulière dont l'histoire nous a été transmise par Cabrol.

ÉTIOLOGIE. — M. Malgaigne a constaté que la hernie des enfants était plus fréquente chez ceux du sexe

masculin (1) ; mais je lis dans un mémoire bien fait et lu à la Société de médecine de Lyon, par M. Girard, que ce sont les filles qui sont plus souvent atteintes de cette infirmité (2). Il résulte de renseignements fournis à M. Malgaigne par M. Lesiner de l'Île-Bourbon et M. Fortineau, fils d'un médecin de la Louisiane, que la race des nègres est plus particulièrement disposée à l'exomphale, et, même dans certaines tribus plus que dans d'autres. Ce seraient, dit-on, ces hernies qui feraient reconnaître les individus de ces tribus, ce qui les déprécie fort sur les marchés. On voit dans la savante traduction de Cooper, par notre collègue, M. Chassaignac, que trois enfants du même lit ont présenté cette infirmité (page 336). M. Martin le jeune, qui a été chirurgien en chef des Enfants-Trouvés à Lyon, a constaté plus de hernies ombilicales chez les enfants qui naissaient avec le cordon ombilical volumineux et mou. On comprend qu'alors l'anneau est plus large et plus lent à se resserrer (3).

Selon Sabatier, la position horizontale, que gardent le plus souvent les enfants, est la plus favorable à la production des exomphales. Les efforts d'inspiration, d'expiration, auxquels ils se livrent par leurs cris portent alors plutôt les viscères vers l'ombilic, ce qui fait, toujours d'après Sabatier, que les quadrupèdes ont beaucoup plus souvent des hernies ombilicales que des crurales et inguinales, quoique

(1) *Leçons de M. Malgaigne sur les Hernies recueillies par M. Gelez*, p. 219.

(2) *Journal de médecine*, par Sédillot, t. XXXXI, p. 275.

(3) *Journal de Sédillot*, t. XXXXI, p. 264.

les anneaux qui livrent passage à ces dernières hernies, soient disposés, comme chez l'homme, à livrer passage aux viscères (1). M. Martin le jeune accuse aussi la mauvaise habitude qu'ont les nourrices de coucher horizontalement les enfants sur le ventre, et de les agiter pour faire cesser leurs vagissements (2).

Il est évident que les cris des enfants ont une grande influence sur la production de l'exomphale; aussi ceux que les nourrices appellent *cruels* (3), ceux qui ont souvent des tranchées, sont fréquemment affectés de ces tumeurs. Or, comme les petits garçons passent pour être plus *cruels* que les petites filles, on pourrait peut-être avoir, par ce caractère pris dans le sexe, l'explication du chiffre plus considérable des exomphales chez les enfants mâles, si M. Girard n'a pas raison contre M. Malgaigne. Les affections des voies respiratoires qui portent à la toux, par quintes violentes, ces affections sont souvent déterminantes d'une hernie. La coqueluche, sous ce rapport, doit être notée, et on voit la première observation du mémoire de Bichat accuser cette affection des bronches. Les vomissements, les cris, les augmentations de volume du ventre sont des causes qu'il est aussi important de noter.

Il ne faut pas oublier ici l'influence des bandages que les nourrices appliquent, si irrégulièrement, sur le ventre des enfants pour le pansement de l'ombilic. Ces bandages, quand ils portent bien sur le point

(1) Sabatier, *Méd. opérat.*, t. III, p. 628, édit. de MM. Begin et Sanson.

(2) *Journal de Sédillot*, t. XXXI, p. 265.

(3) J.-L. Petit, t. II, p. 253.

central de l'abdomen, peuvent être un moyen préservatif; mais s'ils portent principalement sur les parties latérales, ils peuvent devenir une cause de hernie. Il y a une manière de vêtir les enfants dans certains pays qui est bien dangereuse au point de vue actuel.

Faut-il encore réfuter ceux qui, d'après Saviard, ont voulu dire que la ligature du cordon, à une trop grande distance de l'abdomen, était une cause d'exomphale? Ne sait-on pas que, quelle que soit la distance à laquelle la ligature est jetée, c'est toujours sur le même point qu'a lieu la zone éliminatrice, la séparation du pédicule ombilical? On se rappelle probablement qu'en parlant de l'omphalocèle congéniale, j'ai dit que, dans l'utérus, au moment de voir le jour, le fœtus pouvait être affecté de hernie, ce qui liait la première espèce que j'ai décrite à celle-ci. C'est même quand la hernie se produit, au moment de l'accouchement, quand elle est petite, que les méprises que j'ai déjà signalées ont été commises; c'est alors qu'on a compris des intestins herniés dans la ligature du cordon. Mais le plus souvent, c'est du second au quatrième mois qu'apparaît la hernie. En effet, on sait qu'il faut au moins deux mois pour que les parties qui doivent combler la lacune ombilicale aient suivi l'évolution nécessaire à une certaine résistance, pour que la paroi abdominale soit enfin complète. Il faut, pour que cela ait lieu, que les trois vaisseaux ombilicaux soient transformés en cordons à structure ligamenteuse; que la cicatrice résultant de leur section par la ligature ait revêtu entièrement les propriétés du tissu inodulaire, propriétés rétractiles par excel-

lence, à la faveur desquelles cette cicatrice acquiert toujours plus de résistance, ramène vers elle les cordons dont il a été parlé, et rétrécit toujours plus les espaces qui les séparent. Il faut, de plus, que l'anneau ombilical augmente d'épaisseur, et que ses bords se rapprochant, aillent, pour ainsi dire, à la rencontre de la cicatrice et des cordons qui en partent; il faut encore que ces cordons contractent des adhérences plus ou moins intimes avec l'anneau.

On comprend que ce travail de réparation peut être entravé par l'action des causes que j'ai tantôt examinées. En effet, si, contre l'effort concentrique de la nature s'élève une force excentrique, représentée ici par celle qui pousse anormalement un organe vers l'anneau, on conçoit qu'alors la hernie sera imminente, et inévitable dès que la force excentrique l'emportera.

D'ailleurs, sans l'intervention de ces causes, l'oblitération de l'anneau ombilical peut être retardée; la perméabilité des vaisseaux peut persister, la veine est quelquefois dans ce cas, et J.-L. Petit dit très positivement qu'il a senti, en palpant l'ombilic, les battements des artères chez des enfants d'un mois et même plus jeunes (Tome II, page 254).

On comprend qu'avec ces retards dans l'organisation, la prédisposition existe; et, comme il est rare que de la naissance à l'âge de six, de neuf ans même, il ne surgisse pas des causes occasionnelles assez puissantes pour que la tumeur se produise, on la voit naître souvent.

Je montre ici naturellement le lien qui unit la her-

nie de l'enfance avec celle de l'adulte, car à cet âge quand la hernie a lieu par l'anneau même, on peut facilement accuser, sinon une *pointe* herniaire déjà existante, du moins une imperfection dans le travail d'oblitération que je viens de décrire.

De ces considérations, il résulte, comme le dit d'ailleurs Richter, que l'époque la plus voisine de la naissance, est celle dans laquelle la hernie est le plus à craindre, car alors la réparation est à peine commencée.

COMPLICATIONS. — Les hernies ombilicales de l'enfance sont surtout compliquées par des adhérences que les organes déplacés contractent entre eux, ou avec le sac, à la suite de péritonites partielles dont la cause est souvent ignorée.

La complication ici peut tenir à une trop grande quantité de viscères dans le sac herniaire, à la présence du foie, ce qui peut produire l'irréductibilité et ses conséquences fâcheuses. Voici une observation qui est un exemple d'une des plus graves complications.

Hernie ombilicale dans laquelle le foie était contenu en partie. (Obs. par le docteur Leau, de Kilmalcolm.)

« En 1820, le docteur Leau fut consulté pour une tumeur située immédiatement sur la région ombilicale d'un enfant âgé de neuf mois, qui fut remarquée pour la première fois peu de temps après la naissance, et qui avait graduellement augmenté de volume. En examinant le petit malade, il trouva que l'ombilic était rempli par un corps dur, qui cédait, en

partie, à la pression et diminuait un peu de volume, apparemment par la rentrée de son contenu, quoique la tumeur persistât. Les téguments extérieurs étaient d'une couleur gris-cendré, et, huit ou dix jours avant la mort de l'enfant, ils s'ulcérèrent en partie, et donnèrent issue à une sanie claire et fétide. L'enfant criait toujours beaucoup quand on palpit la tumeur, la pression produisant apparemment une vive douleur. La constipation était opiniâtre; les déjections étaient noires et fétides, et quelquefois de la couleur et de la consistance de l'argile. L'appétit était altéré; le vomissement suivait quelquefois l'ingestion des aliments solides; ces vomissements ne furent jamais bilieux ni stercoraux. On prescrivit des doses répétées de calomel et de rhubarbe avec d'autres laxatifs doux, pour entretenir autant que possible la régularité des selles. On appliqua fréquemment des fomentations chaudes sur la tumeur. Peu à peu elle devint plus molle, et la fluctuation y devint manifeste; mais on ne jugea pas à propos de l'ouvrir, car l'enfant était mourant. La pression sur la tumeur avait alors pour effet de déterminer des convulsions, et, quatre jours après qu'en eut reconnu la fluctuation, l'enfant mourut dans un accès de convulsion.

» *Autopsie.* — La hernie était formée par une hernie ombilicale, dont le sac contenait une partie du foie indurée, et couverte par plusieurs petites tumeurs; environ trois pouces d'épiploon, et une portion de l'iléum. Ces parties étaient agglutinées ensemble, et à la partie inférieure du sac, autour du lobe de Spigel, il y avait une quantité considérable de pus; on ne voyait aucune trace d'étranglement, mais d'après les adhérences intimes qui existaient

entre toutes les parties, on pouvait juger que les intestins ne pouvaient guère remplir leurs fonctions. L'estomac et les intestins présentaient des traces d'inflammation de vieille date; l'enveloppe péritonéale offrait de nombreuses taches noires peu étendues; les autres viscères étaient sains.

(*Archiv. génér. de méd.*, t. III, 1833, extrait du *Journal de Glasgow*.)

DIAGNOSTIC. — Dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de l'exomphale chez l'enfant n'offre aucune espèce de difficulté pour le médecin tant soit peu attentif et instruit; et je ne trouve, comme pouvant, à la rigueur, jeter quelque obscurité sur cette partie de l'histoire de la maladie, qu'une petite tumeur fongueuse qui s'élève, dans certains cas, sur la cicatrice commençante de l'ombilic. « Quelquefois, dit Cooper, chez l'enfant on voit s'échapper à l'ombilic une petite tumeur qui en a quelquefois imposé à des chirurgiens en leur faisant croire à l'existence d'une hernie dans le creux de l'ombilic; cette tumeur a pour caractère d'être flottante, d'offrir une couleur rouge et vermeille et de tenir par un petit pédicule (page 336). La hernie peut être complètement latente: ainsi M. Guersant est consulté pour un garçon qui avait une douleur vive à l'ombilic. Il n'aperçoit rien dans cette région et ne fait rien. Un professeur consulté resta aussi dans le doute et s'abstint. M. J. Cloquet soupçonnant une hernie fit exercer une compression sur l'ombilic et guérit l'enfant.

PRONOSTIC. — Le pronostic est plus favorable que celui de la hernie congéniale et de l'exomphale de l'adulte. « J'ai vu, dit Richter, beaucoup d'enfants atteints d'exomphales, et je ne m'en rappelle pas un

qui n'ait été guéri par l'usage du bandage : on ne peut pas en dire autant des adultes (1). » Richter employait, comme on le verra bientôt, la compression avec une demi-muscade. Or, cette circonstance de la guérison de tous les sujets traités par Richter, et ce qu'il dit des adultes, donnent l'idée qu'il faut avoir de la bénignité du pronostic des hernies de l'enfance, et de la part grande qu'il faut faire à la nature, plus puissante ici, selon moi, que le moyen employé par l'auteur. On a vu, en effet, des enfants complètement négligés par des parents pauvres ou insoucians, guéris malgré ce défaut de soins. On sait que des enfants hernieux, obligés de garder longtemps le lit pour une autre maladie, ont été trouvés guéris de la hernie quand on les a levés. Bichat lui-même, écrivant en faveur d'un moyen curatif, convient cependant de plusieurs guérisons spontanées. On conçoit, d'ailleurs, que ces guérisons deviennent moins faciles à mesure qu'on s'éloigne des premiers moments de la vie, et qu'elles peuvent même être impossibles dans certains cas de complication. Quoi qu'il en soit, il est de toute nécessité qu'on ait le plus grand égard au pronostic de cette affection, pour savoir si on doit ou non employer contre elle des moyens énergiques, compromettants ; et il est toujours important, du reste, pour apprécier les effets curatifs de ces moyens, de tenir compte des effets curatifs de la nature livrée à elle-même. On verra bientôt, que s'il est imprudent ou inutile d'invoquer les moyens de la médecine opératoire proprement dite, on ne doit pas négliger certains moyens contentifs.

(1) *Traité des Hernies*, in-4°, p. 236.

Pott dit que ce sont surtout les petites filles qui doivent être traitées ; car, destinées à devenir mères, si elles conservent un commencement de hernie, une fois enceintes, elles en seront fort incommodées, et alors la tumeur pourra avoir un véritable danger (*Traité des hernies*, t. II).

D'ailleurs, il est des hernies de l'enfance qui peuvent être très graves : ce sont les exomphales compliquées ; j'en ai cité un exemple remarquable, en parlant des complications.

TRAITEMENT. — Les deux principaux moyens sont la compression de la hernie et la destruction du sac. Je vais les exposer d'abord ; je les comparerai ensuite. Mais, avant tout, il faut réduire la tumeur. Le taxis est ordinairement facile ici ; les difficultés se rencontrent surtout chez l'adulte, il en sera donc question dans l'article qui va suivre.

Je dois cependant dire ici que la présence du foie dans l'exomphale de l'enfant peut rendre la réduction difficile, impossible même, et donner lieu à des accidents, comme cela est établi par l'observation déjà citée.

Compression. — La compression a souvent été exercée avec une large bande et quelques compresses. Ce simple moyen de contention a produit de véritables guérisons, ce qui se conçoit facilement, si on se rappelle ce que j'ai dit des cures que la nature a obtenues à elle seule, dans des cas où les enfants étaient complètement abandonnés. Mais on a bientôt compris que la compression devait être plus méthodique pour être plus solide, car, si les moyens de compression laissent les viscères en rapport avec l'anneau, il ne pourra revenir sur lui-même.

Déjà Aétius appliquait sur l'anneau un morceau de papier mâché, dont il faisait une boule. Il conseillait le secret sur ce moyen, au moins pour le malade, « par la raison sans doute qu'on accorde rarement sa confiance à des moyens trop simples et trop communs pour être estimés (1). »

Puis on a placé sur l'ouverture des boulettes de coton, de charpie, imbibées ou non d'une liqueur astringente. On a eu recours alors à l'écorce de grenade, à la noix de galle, à l'acacia, à l'alun, mêlés avec du blanc d'œuf. Enfin les sachets remplis de poudre de tan, trempés dans du vin; tous ces moyens auxquels on attribuait une action vitale, avaient, avant tout, une action mécanique transmise par la charpie, le coton ou le linge, qui contenaient ces substances. C'étaient des plaques épaisses, des pelotes plus ou moins bien faites. Elles comprimaient l'ombilie, et quand elles étaient bien maintenues, elles empêchaient la tumeur de faire saillie à l'extérieur; mais elles glissaient souvent, se déplaçaient et n'empêchaient pas l'intestin d'être en rapport avec l'anneau, lequel ne pouvait ainsi revenir sur lui-même. Déjà Platner, pour compléter l'indication, avait imaginé d'appliquer sur l'ouverture ombilicale même, la moitié d'une boule de cire contenue d'abord par un emplâtre qui recouvrait la région ombilicale, et une bande circulaire fixait le tout. Richter, qui cite ce moyen, ajoute : Je n'ai rien à dire contre ce bandage, si ce n'est que la pelote de cire s'amollit promptement, s'aplatit, s'élargit, et alors ne contient plus la hernie. Au lieu de la

(1) Peyrilhe, *Histoire de la chirurgie*, p. 779.

pelote de cire, j'applique sur l'ombilic la moitié d'une noix muscade, enveloppée dans un petit morceau de linge, et par-dessus un emplâtre (1). Scemmerring se servait d'une demi-sphère de liège. Cooper applique une demi-bille. Enfin, on en est venu à donner à la partie saillante du bandage la forme d'une cheville qu'on introduit dans l'anneau.

M. Malgaigne, frappé de l'inefficacité des autres appareils, avait imaginé une plaque d'ivoire, du centre de laquelle s'élevait une petite tige arrondie à son extrémité, destinée à s'engager dans l'ombilic et à refouler la hernie jusque dans le ventre. Cet appareil a encore manqué son but par la facilité de son déplacement : au bout de quelques jours, la tige s'est déjà dégagée de l'ombilic.

Les difficultés de fixer les bandes et les bandages qui entourent l'abdomen des enfants, de maintenir en place les pelotes, et même les chevilles, ces difficultés viennent de la forme du ventre, de son volume.

« Chez les adultes, dit M. Malgaigne, le ventre se rapproche de la forme ovoïde, la base correspondant à la circonférence supérieure du bassin; en conséquence le ressort du bandage passe dans une gouttière formée par les parties molles entre les dernières côtes et la crête iliaque, et il est soutenu par le renflement de cette crête qui l'empêche de glisser par son propre poids. Chez les très jeunes sujets, le bassin est fort étroit, le ventre fort large, et sa plus grande largeur répond précisément à la région ombilicale, à partir de laquelle il décroît vers le bas en forme de cône. Mettez un bandage quelconque, ressort ou ceinture,

(1) Richter, *Traité des hernies*, p. 236 et suiv.

sur la base de ce cône, toujours il tendra à glisser vers le sommet, surtout s'il y est encore sollicité par la position déclive de celui-ci. » (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 230.)

Il est donc évident, et par ces considérations et par les faits cliniques eux-mêmes, que souvent les bandages appliqués chez les enfants ne sont pas bien maintenus, et cependant la plupart guérissent de leur hernie ombilicale ! Ce qui revient à dire encore que la nature possède ici des moyens bien efficaces de guérison.

Cependant on ne devra pas négliger les bandages, puisqu'il est des enfants sur lesquels on peut les fixer, et il est de ces moyens qu'on assujettit plus facilement, surtout quand la pelote, la demi-sphère, ne fait qu'une pièce avec la partie qui doit la maintenir en place.

Ainsi je crois que la demi-sphère de Sæmmerring, recouverte de peau, et cousue à une pièce de cuir de trois pouces de diamètre environ, et qui est partout couverte d'un emplâtre agglutinatif, je crois que cet appareil, qu'on renouvelle tous les dix jours, peut souvent être maintenu assez pour qu'il devienne efficace (1).

Quant à moi, j'ai appliqué deux fois un appareil qui se rapproche beaucoup de celui de Sæmmerring et de M. Malgaigne. La pièce principale peut rester plus longtemps sans être changée. C'est une plaque ronde en gomme élastique, avec un mamelon qui est introduit dans l'ombilic. Le tout représente un petit chapeau de cardinal. Les larges bords sont confi-

(1) *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, édit. nouvelle, t. XXII, p. 38.

gurés de manière qu'ils s'accommodent à la région ombilicale. Sur le milieu de cette première pièce, une fois placée, on applique, par son plein, une ceinture dont chaque bout passe dans une boutonnière que les bords présentent de chaque côté : alors ces bouts sont conduits vers le rachis où ils sont fixés le plus solidement possible. On peut donc séparer la ceinture de la plaque, du chapeau. Ceci est un avantage qu'apprécieront ceux qui savent avec quelle promptitude les enfants souillent leur bandage. L'hygiène veut alors qu'on le renouvelle souvent. Or, si à chaque renouvellement, on enlève tout le bandage, les viscères ayant une grande tendance à se déplacer, on empêche ainsi ou on retarde la guérison radicale. Le bandage que je propose n'est que partiellement renouvelé ; la ceinture seule est changée ; la plaque de gomme reste et peut être nettoyée sur place. Un aide la tient immobile pendant les lotions et pendant qu'on passe une nouvelle ceinture. On remarquera que la substance qui compose le mamelon de ce chapeau, pouvant avoir divers degrés d'élasticité, on a ici les avantages de la demi-sphère de cire sans les inconvénients, et on ne craint pas les petits accidents des chevilles, des demi-billes d'ivoire.

Cooper a décrit un moyen qui lui a été communiqué par un médecin qui s'est guéri d'une exomphale survenue pendant une ascite. On réduit la hernie, on applique immédiatement sur l'ombilic une petite rondelle d'emplâtre agglutinatif ; sur cette première, on applique une succession d'autres rondelles dont on augmente graduellement les diamètres de manière à former un cône dont le sommet entre dans le creux ombilical.

Une large pièce du même emplâtre fixe le tout (1). Quant aux autres bandages, ceux à ceintures fixes ou mobiles, on peut, au lieu de futaine, se servir de ressorts à boudin placés entre deux larges bandes de peau. On faciliterait singulièrement les bons effets du bandage si on pouvait obliger les enfants à garder la position horizontale. Dans tous les cas, on devra leur faire prendre cette attitude toutes les fois qu'on renouvellera le bandage. Une fois l'application faite, si les enfants ne consentent pas à rester couchés, il faudrait ajouter au bandage un scapulaire, quelquefois des sous-cuisses. Mais, surtout chez les plus jeunes enfants, les ajoutages tendent souvent à déranger plutôt qu'à maintenir le bandage.

Mais je ne dois pas quitter ce qui concerne la *compression* sans mentionner un argument qui a dû être produit par beaucoup de bons esprits contre l'emploi des bandages à pelotes saillantes, contre les bandages que j'appellerai ici à cheville. On a dit : Mais quel est le but de celui qui veut obtenir la cure radicale ? C'est d'empêcher que les viscères soient en rapport avec l'anneau ombilical, afin que celui-ci puisse se rétrécir, s'oblitérer. Or, si après avoir chassé les viscères, vous mettez à leur place, et en rapport avec cet anneau, un corps quelconque, vous allez tout à fait contre la logique et contre l'indication que vous voulez remplir. Ce raisonnement est en apparence péremptoire. Mais si on considère que la cheville appliquée par un homme habile, n'aura pas des diamètres suffisants pour remplir toute l'ouver-

(1) *Oeuvres chirurgicales d'A. Cooper*, p. 337.

ture ombilicale, si on sait encore diminuer ses diamètres à mesure que la guérison fait des progrès, on verra que la logique ici n'est nullement compromise, car on remplace un corps remplissant toute l'ouverture, et qui, par les efforts du malade, tendrait toujours à grossir, par un corps qui ne remplit pas toute l'ouverture dont on désire l'oblitération, et qui, une fois en place, ne peut pas augmenter de volume.

D'ailleurs, au-dessus de tous les raisonnements, sont les faits. Eh bien, depuis Aétius, en passant par Richter, et arrivant jusqu'à nous, les faits sont favorables à ce système de compression. Il a, en effet, des avantages réels ; seulement on devra le réserver pour les cas de hernies un peu volumineuses, et supprimer la cheville quand la guérison est avancée. Quand l'anneau est d'abord très peu dilaté, quand il est revenu à de petites dimensions, les portions d'intestin qu'il peut admettre ne peuvent avoir une grande influence sur lui, et il serait alors au moins imprudent d'enfoncer dans cet anneau un corps plus ou moins résistant, et nécessairement alors trop aigu. Une compression avec une plaque rembourrée et un peu saillante sur le centre vaut beaucoup mieux à cette période de la hernie.

Je termine cette partie du traitement par recommander aux jeunes praticiens une grande et minutieuse surveillance du bandage, s'ils veulent que son action soit réellement efficace. Il est tel bandage, fait d'après un excellent système, qui, mal appliqué, mal surveillé, peut occasionner des accidents, au lieu de guérir. Les bandages à cheville sont dans ce cas.

Destruction de la poche herniaire. — Le passage suivant de Celse prouve l'antiquité de cette méthode, et en indique les procédés : « Sinus vero umbilici tum » vacuus a quibusdam duobus regulis exceptus est » vehementerque eorum capitibus deligatis, ibi emoritur : a quibusdam ad imum acu trajecta duo lina » ducente, deinde utriusque lini duobus capitibus diversæ partes adstrictæ : quod in uvâquoque oculi » fit, nam sic, id quod supra vinculum est moritur. » (Lib. VII, sect 14.)

Après la réduction des parties contenues dans la poche, on serrait celle-ci entre deux clavettes de bois dont on liait fortement les extrémités ; ou bien après la même réduction, on liait la poche à sa base.

Selon Celse, l'âge le plus convenable pour cette opération était de neuf à quatorze ans. On verra bientôt que ce n'était pas là l'opinion de Desault, lequel croyait que le succès était d'autant plus certain qu'on opérait à une époque plus voisine de la naissance. Le temps qui s'écoulait depuis la naissance jusqu'à l'époque où Celse disait qu'il fallait opérer, n'était-il pas employé à l'application de moyens moins compromettants que la ligature, ou à attendre les bienfaits de la nature ? Je suis porté à admettre ces deux hypothèses, quand je vois la prudence, la sagesse de Celse dans tout ce qui concerne cette opération.

De Celse, la méthode qui consiste à détruire le sac est arrivée jusqu'à nous par Paul d'Égine, les Arabes, les Arabistes, mais sans modification importante, et surtout sans enthousiasme, car à chaque pas elle a rencontré de bons esprits qui l'ont dédaignée ou l'ont repoussée, et quelquefois avec une certaine violence.

Ainsi Lerouge s'écrie : Quelle manœuvre, grand Dieu ! tout ce procédé fait frémir (1). Pott, se méfiant de son époque, dit que la ligature pourrait bien avoir encore « crédit dans ce siècle de la charlatanerie et de la crédulité (2). »

L'enthousiasme éclata dans l'école de Desault ; on peut le constater dans son journal, dans ses œuvres, par le nombre des opérés, par la couleur du style de Plaignaud et surtout de Bichat. Comme c'est Desault qui a le plus souvent appliqué cette méthode, je vais la décrire d'après lui, ou mieux d'après son brillant interprète.

1° *Ligature simple* — « L'enfant sur lequel se pratique l'opération doit être couché sur le dos, les cuisses un peu fléchies, la tête penchée sur la poitrine. Le chirurgien réduit les parties échappées par l'ouverture et formant la tumeur, les contient avec le doigt, soulève les parois de la poche herniaire, les fait glisser entre ses doigts pour s'assurer qu'aucune partie ne reste dans le sac. Certain que les parties qu'il soulève ne sont autres que la peau et le sac, il charge un aide de faire autour de leur base plusieurs circulaires avec un fil de lin ciré, d'une médiocre grosseur, fixé à chaque tour par un double nœud, et serré de manière à n'occasionner qu'une douleur peu considérable. La tumeur, ainsi liée, est enveloppée d'un matelas de charpie soutenu par une ou deux compresses qu'assujettissent deux circulaires, eux-mêmes fixés par un scapulaire. Un gonflement léger se manifeste commu-

(1) Note à une édition de Saviard.

(2) *OEuvres de Pott*, t. II, p. 403.

nément , le lendemain , sur les parties étranglées : ainsi voit-on se gonfler un polype dont la base a été liée. Aucune douleur n'accompagne cette tuméfaction , souvent à peine sensible. Le surlendemain , ou le troisième jour , les parties s'affaissent , et alors la ligature se relâche ; on en place une nouvelle de la même manière que la première , et avec la précaution de serrer un peu plus. La sensibilité des parties , augmentée par l'inflammation que déjà y a produite la constriction du fil , rend ordinairement plus douloureuse cette seconde ligature ; même pansement que pour l'opération. Bientôt on voit la tumeur devenir terne , livide , et s'affaïsser ; une troisième ligature , appliquée comme les autres , y intercepte entièrement la circulation. Elle devient noire , se fane , et tombe communément au huitième ou dixième jour. Un petit ulcère en résulte : pansé méthodiquement avec de la charpie sèche , il se guérit peu de temps après , et laisse l'ombilic assez résistant pour que la toux et les efforts imprimés aux muscles abdominaux n'y déterminent aucune impulsion.

» Il est utile , pendant les deux ou trois premiers mois qui suivent l'opération , de faire porter à l'enfant un bandage circulaire , afin d'empêcher plus efficacement que les viscères , poussés contre la cicatrice , ne dérangent le travail de la nature occupée , pendant ce temps , à resserrer peu à peu l'ouverture ombilicale(1) ».

M. Martin le jeune , que j'ai déjà cité , fait à la méthode adoptée par Desault des objections que je vais reproduire , et adopte la ligature , qui consiste

(1) *OEuvres de Desault* , t. II , p. 326.

à traverser d'abord la tumeur avec un double fil. Il apporte à cette méthode une modification. Voici d'ailleurs ces objections, et la description d'après M. Martin lui-même :

« 1° Dans la manière de Desault, il me serait fort difficile de pouvoir placer la ligature assez près du ventre pour ne pas laisser une portion du sac dans laquelle doivent s'engager de nouveau les parties qui formaient la hernie ; 2° la ligature comprenant toute l'épaisseur du sac, quelque précaution que l'on prenne pour la serrer exactement, les parties liées ne tombent en mortification qu'après plusieurs ligatures successives, ce qui prolonge les douleurs et retarde le succès de l'opération ; 3° enfin, il me paraît qu'on est plus exposé, en fronçant le sac à sa base pour le lier, de comprendre dans la ligature une portion d'intestin ou d'épiploon (1). »

2° *Ligature multiple.* — Voici le procédé de M. Martin :

« Je réduis la hernie, et la maintenant réduite, je tire le sac en pinçant la peau le plus près possible du ventre ; et, bien assuré, alors, que toutes les parties qui forment la hernie sont rentrées, un aide intelligent traverse, avec une aiguille droite enfilée d'un double fil, le milieu du sac herniaire pressé dans tous ses points avec mes doigts, de manière que les parties réduites ne puissent pas s'y introduire. Le double fil ainsi placé, le plus près possible du ventre, est coupé pour en former deux anses qu'on serre en

(1) *Journal de chirurgie et de médecine*, par Sédillot, t. XXXXI, p. 267 et suiv.

même temps au moyen d'un double nœud, et qui lient chacune une moitié du sac, que mes doigts n'abandonnent pas avant qu'on ait fixé exactement les ligatures. Saisissant alors le fil, je m'en sers pour entourer et serrer fortement la base du sac; et, par cette troisième ligature, j'ajoute beaucoup à l'effet des deux premières (1). »

Procédé des clavettes. — On va voir, par ce passage de la *Gazette des hôpitaux*, que même le procédé par les clavettes, de Celse, a été reproduit par nos contemporains.

M. le docteur Chicoigne propose, pour la cure radicale de la hernie ombilicale chez l'enfant, le moyen suivant :

« Coucher l'enfant sur le dos, avec la tête relevée; réduire; saisir, avec le pouce et le doigt indicateur de l'une et l'autre main, la peau recouvrant le sac herniaire; lui faire former un pli longitudinal; pincer, à un demi-centimètre environ du ventre, ce pli cutané entre deux morceaux de bois garnis de linge fin; les serrer l'un contre l'autre, à l'aide de fil. Une compresse préserve le ventre du contact de ces morceaux de bois. Enfin, un bandage de corps retient le tout pendant six à huit jours; la peau qui dépasse l'appareil se mortifie et l'inflammation adhésive se produit. On panse ensuite simplement, et on continue pendant quelques mois le bandage de corps.

» En quinze jours, la plaie résultant de la chute de l'escarre est guérie.

» Succès chez cinq enfants. Chez deux, la hernie

(1) *Jour. de chirurgie et de médecine*, par Sédillot, t. XXXI, p. 271.

était comme un œuf de poule , et existait depuis treize mois , âge des enfants (1). »

Ligature avec torsion. — Je cite ce passage de la thèse de M. Thierry pour prouver encore une fois que de nos jours on pratique *la destruction du sac* (2), et pour faire connaître un procédé ingénieux. « Depuis que j'étudie et que j'exerce la médecine, j'ai souvent vu mon père pratiquer cette opération; il porte à treize, dans sa longue pratique, le nombre de ses opérés. J'ai pratiqué cinq fois cette opération. Nos opérés n'ont jamais éprouvé d'accident grave; jamais nous n'avons perdu un malade. Il est bon de dire que ces opérations ont été faites sur des enfants au-dessous de trois ans, d'après la méthode de Desault. Depuis 1830, j'ai pratiqué deux fois cette opération, en tordant le sac avec la pince à verrou de M. Amussat et en plaçant le fil derrière les mors de la pince. Ces opérations, pratiquées sur deux enfants, l'un de deux ans, et l'autre de deux ans et demi, ont été suivies de succès.

» Autorisé par les faits observés par les élèves de Desault, j'ai tenté une opération dans des circonstances plus graves; j'hésitais avant de l'entreprendre; ce ne fut que d'après les instances de la jeune fille et des parents que je me suis décidé.

» A***, âgée de quatorze ans, d'une bonne constitution, venant d'être réglée, portait depuis son enfance une hernie ombilicale de la grosseur d'une forte noix; le pédicule en était étroit. La jeune fille fut

(1) *Gazette des hôpît.*, 14 juillet 1846.

(2) Thierry, *Thèse pour le concours de médecine opératoire*, p. 60 et suiv.

couchée sur le dos, la tête légèrement fléchie, les parties contenues furent réduites, et, en présence de mon père et de MM. Moreau et Jadin, après avoir saisi avec des pinces à torsion la peau et les parois du sac et leur avoir fait éprouver un peu plus d'un tour et demi de torsion, je traversai la base des enveloppes tordues avec une aiguille, sur laquelle je fis la suture entortillée. L'aiguille fut retirée le troisième jour sans avoir déterminé d'accident : un bandage compressif soutenant la charpie fut employé. Un an après, j'ai revu cette jeune fille ; elle ne se servait plus de bandage. »

Suture nouée. — Opération sur des poulains. — Je pense qu'il n'est pas inutile d'exposer ici le procédé de M. Devigne, vétérinaire ingénieux, pour la cure radicale des hernies ombilicales. Je recommande surtout au lecteur les réflexions qui font suite à la description du *Manuel opératoire*, afin qu'on ne soit pas induit en erreur par cette chirurgie comparée.

« Après avoir réduit la hernie, l'opérateur saisit la peau et le sac herniaire, avec lesquels il fait un pli longitudinal le plus épais possible. Ce pli fait, il le traverse, aussi près des muscles qu'il peut, avec un carretlet enfilé dans une ficelle cirée. Il nous paraît important de commencer à 3 ou 4 pouces de l'anneau. Le pli ainsi traversé, on fait repasser le carretlet en sens contraire, à 6 lignes environ du premier trou ; après, on lie ensemble les deux chefs de la ficelle, en ayant soin de serrer fortement et de manière à froncer la peau. Ce point fait, on passe de nouveau le carretlet dans le trou le plus voisin de l'anneau, pour le repasser en sens contraire, à la même distance que la première fois, et nouer de nouveau de manière

à comprendre dans l'anse les 6 lignes suivantes de la peau. On continue ainsi jusqu'à ce que l'on ait cousu jusqu'à une distance de 3 ou 4 pouces du côté opposé de l'anneau ombilical.

» Au bout de quelques jours, le voisinage de la suture est gonflé, douloureux, dans un véritable état d'inflammation; les parties étranglées par la ficelle tombent en gangrène... On a une cicatrice ferme, dense, formant sous la peau un bourrelet très prononcé, présentant une résistance très grande.

» Ce procédé opératoire a un avantage très grand sur celui qui consisterait à exciser un lambeau plus ou moins considérable de peau, et à réunir ensuite les lèvres de la plaie qui en résulterait. Dans ce dernier cas, on obtiendrait une cicatrice linéaire; la peau n'aurait été rétrécie que dans le sens de la circonférence, tandis que, dans notre procédé, la cicatrice forme un bourrelet, dû aux plis faits à la peau dans le sens longitudinal. Ce bourrelet, acquérant une dureté remarquable, résiste bien davantage que ne le ferait une cicatrice linéaire.

» La connaissance de ce qui se passe à la suite de l'opération de l'exomphale par la ligature chez les enfants, les récidives constantes qui en sont la suite semblent faire craindre un pareil événement chez les poulains; mais il n'en est pas de même, soit que la résistance de la peau soit proportionnellement plus grande chez les animaux, soit que le bourrelet obtenu par notre procédé opératoire augmente cette résistance, soit que l'anneau ombilical se resserre, comme nous croyons nous en être assuré. » (*Journal général de médecine*, t. LXX, p. 76.)

Cette *suture nouée*, comme l'appelle son auteur, lui a procuré toujours, chez les animaux, des cures radicales dont il cite des exemples. On comprend ici la différence qui est établie par la nature de la peau du poulain et la résistance active de sa doublure musculaire.

Pour porter un jugement motivé sur une opération, on doit : 1° faire un retour vers le pronostic de la maladie pour laquelle on la réclame. Or, je l'ai dit et prouvé, le diagnostic de la hernie des enfants n'est pas grave, en général, parce que la nature possède ici une grande puissance de réparation ; 2° comparer les dangers de l'opération avec les avantages qu'on peut en espérer, et surtout examiner si des moyens inoffensifs ne pourraient pas avoir les mêmes résultats que les moyens tirés de la médecine opératoire proprement dite. Or, les dangers de l'opération sont réels et les avantages ont été contestés par presque tous les bons esprits ; ainsi on croit généralement, à la manière dont Paré parle de la ligature, qu'il ne l'avait jamais pratiquée. Dionis la rejetait comme une opération cruelle. Il est vrai que Saviard, chirurgien prudent, l'a pratiquée ; mais je m'expliquerai bientôt sur les deux faits de Saviard. Percival Pott la fit rejeter en Angleterre, et, comme je l'ai dit, il présagea cependant qu'on y reviendrait par charlatanisme. Sabatier la combattit en France, Scarpa la proscrivit en Italie. Ce dernier auteur, ayant exprimé de la manière la plus catégorique les dangers de la ligature, je le laisserai parler ici :

« J'ai observé avec beaucoup de soin les effets immédiats et les suites plus ou moins éloignées de la ligature de la hernie ombilicale, soit simple, soit faite avec l'aiguille et le double fil, et après un nom-

bre assez considérable d'observations de ce genre, je crois pouvoir assurer que cette opération, de quelque manière qu'on la pratique, n'est pas toujours exempte d'accidents graves, et quelquefois assez dangereux. Je puis encore ajouter qu'elle ne procure jamais une guérison vraiment radicale, si la cicatrice qui en résulte dans la région ombilicale n'est soumise, pendant quelques mois, à une compression méthodique et non interrompue. Il n'est point aussi rare que le prétendent quelques chirurgiens, de voir survenir, après la ligature de la tumeur, une fièvre d'irritation des plus intenses, accompagnée de souffrances très vives, qui déterminent des cris continuels et quelquefois des convulsions. L'ulcère qui résulte de la chute de la tumeur est toujours large et difficile à guérir. Il devient de temps en temps baveux et douloureux, sans cause connue, et lors même qu'on ne le panse qu'à sec.

» Dans ces derniers temps, un chirurgien célèbre a fait observer que la veine ombilicale et le ligament suspenseur du foie, se trouvant compris dans la ligature de la hernie ombilicale, l'inflammation qui survient dans ces parties pourrait peut-être, dans certains cas, se transmettre de proche en proche jusqu'au foie, et mettre dans un grand danger la vie de l'enfant. Lorsque des symptômes d'irritation violente se manifestent à la suite de la ligature, on les attribue ordinairement à des circonstances individuelles, telles qu'une extrême sensibilité, ou une disposition particulière au spasme; d'après cela, on croit devoir les regarder comme des exceptions qui n'excluent point la règle générale, et ne prouvent

rien contre l'utilité de l'opération. Mais par quels moyens le chirurgien pourrait-il reconnaître l'existence ou la non-existence de ces dispositions individuelles chez les enfants qu'il doit opérer? Assurément, ceux chez qui j'ai eu occasion d'observer les accidents dont j'ai parlé ci-dessus, jouissaient avant l'opération d'une santé parfaite sous tous les rapports. » (Scarpa, page 345 et suiv.)

Je suis certainement persuadé que la ligature ou tout autre moyen de destruction de la poche herniaire peut produire les accidents dont il vient d'être question; mais si on veut rester dans les limites du vrai, et être équitable envers cette méthode et ceux qui l'ont appliquée consciencieusement, on conviendra que ces accidents sont très rares; la pratique de Desault est là pour mettre hors de doute le peu de gravité de cette opération dans l'immense majorité des cas. Ainsi, je le dis ici franchement, pour moi, si je n'avais pas la conviction de la puissance de la nature dans la cure de l'omphalocèle chez l'enfant, et si la ligature avait un effet plus réellement curatif que la compression, je ne balancerais pas, j'adopterais la ligature, et je me chargerais de la rendre d'une innocuité encore plus réelle en employant les fils d'argent, qui réussissent si bien dans l'opération du varicocèle. Mais il faudrait avant tout que la question d'efficacité fût résolue en faveur de la ligature. Or les faits de l'école de Desault, ses raisonnements, même en passant par la plume éloquente de Bichat, sont loin d'inspirer, à cet égard, une parfaite sécurité.

Quel que soit le moyen employé, ligatures, clavettes, aiguilles, on agit sur la poche herniaire, on oblitère

le sac au dehors de son col ; reste toujours une *pointe*, c'est-à-dire un commencement de hernie, et la tumeur se reproduira si la compression ne vient pas en aide à la ligature, et surtout si la nature n'est plus en voie de réparation.

Écoutez Bichat lui-même à la fin de son mémoire.

« La réussite de la ligature, dit-il, suit exactement la raison de l'âge ; elle est complète à dix-huit mois, difficile à obtenir à quatre ans, impossible à neuf (1).

On voit ici les chances de l'opération s'affaiblir à mesure que le sujet avance en âge, c'est-à-dire à mesure que la puissance réparatrice de la nature s'affaiblit. Mais je crois que Bichat pose trop bas les limites dans lesquelles les guérisons, telles qu'il les entend, peuvent être obtenues, car la cure a été observée chez l'adulte même par la seule compression ; j'en ai cité un exemple dans mon livre (2), et Cooper rapporte un autre fait de guérison à cet âge, par ce bandage dont j'ai déjà parlé et que le malade lui-même avait inventé.

La ligature et la compression ayant le même effet, les partisans de la ligature, pour la faire prévaloir, malgré la douleur qu'elle produit, les dangers auxquels elle expose, ont du montrer les inconvénients de la compression qu'on a trouvés dans les dépenses souvent répétées, parce que le bandage pourrit et s'use, dans les attentions et les pertes de temps, etc. (3). Quelques jours passés dans un hôpital, dit Bichat, suffisent aux gens pauvres pour as-

(1) *OEuvres de Desault*, t. II, p. 330.

(2) *Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire*, t. IV.

(3) *OEuvres de Desault*, p. 324.

sur, par la ligature, la guérison de leurs enfants. Cependant, dans le même mémoire, trois pages après, le même Bichat dit très positivement : « Il est utile, pendant les deux ou trois premiers mois qui suivent l'opération, de faire porter à l'enfant un bandage circulaire (1). Or ce temps, pour assurer le succès de la ligature, est suffisant chez beaucoup de jeunes enfants pour la réussite de la compression seule ! »

On n'a pas manqué de reprocher le défaut de solidité du résultat de la ligature. Sabatier, Richerand, ont exprimé leur opinion sur la fréquence des récidives. Selon Richerand, les malades de Desault une fois sortis de l'Hôtel-Dieu, on ne les revoyait plus (2). Dans un mémoire de M. Girard, inséré dans le journal de Sédillot, il est question de M. Cartier qui a constaté des récidives à la suite de l'opération. Bichat avait déjà cherché à répondre à ce reproche, en s'adressant surtout à Sabatier; il citait deux jeunes opérées qu'il avait revues après quatre ans, complètement guéries; ce qui n'a pas empêché Richerand d'écrire les lignes que j'ai citées plus haut. Pour moi, je crois parfaitement qu'après l'opération de Desault, il est de jeunes sujets qui se sont trouvés guéris, puisque je crois aux guérisons radicales, puisque j'admets surtout les cures par la nature. Mais on ne me fera jamais admettre qu'une cicatrice cutanée à l'ombilic, qu'une diminution dans la capacité du sac, quelque considérable qu'elle soit, puisse empêcher la hernie de se produire de nouveau, si l'anneau fibreux ne revient pas sur lui-même. Ah! si le tégument de l'homme était comme celui des poulains qui ont été opérés par M. Devigne,

(1) *Loc. cit.*, p. 327.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales.*

J'admettrais l'opération comme rationnelle : par une suture, surtout par une suture comme celle que j'ai décrite, d'après M. Devigne, on peut opposer un vigoureux obstacle à la sortie des viscères abdominaux, mais ce serait un singulier abus des moyens que nous fournissent les expériences sur les animaux vivants que d'assimiler le poulain à l'enfant.

On voit donc que je rejette les moyens qui consistent à détruire la poche herniaire.

Mais j'ai promis de revenir sur les deux faits de Saviard. Or je remarque qu'il est question d'abord d'une « petite fille de quatorze mois, qui était fréquemment tourmentée d'un étranglement d'intestin engagé à l'ombilic, ce qui causait à cette enfant des douleurs si violentes, que son visage en devenait tout livide ; en sorte qu'on la croyait à chaque instant prête à mourir. »

L'autre petite fille était si cruellement tourmentée de la même maladie, qu'elle ne pouvait dormir, ni nuit ni jour (1). Ainsi, à la rigueur, on peut approuver ici Saviard qui opéra non seulement dans l'espoir de débarrasser deux petites filles d'une infirmité, mais d'une maladie qui mettait à chaque instant la vie en danger. Cependant, je ne puis m'empêcher de penser qu'une compression méthodiquement faite, bien surveillée, eût eu un résultat aussi favorable que la ligature ; et Saviard ne dit pas s'il a tenté ce moyen.

Je termine cette partie de mon travail par une décision solennelle, prise dans le sein de la Société de mé-

(1) Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, p. 45 et suiv.

decine de Paris, qui se trouve en harmonie avec la pensée de celle de Lyon, dans le sein de laquelle les mémoires de MM. Martin jeune et Girard furent lus.

« La Société de médecine de Paris, après avoir pris connaissance, dans la séance du 18 juin 1811, des deux mémoires que l'on vient de lire, ainsi que du rapport qui lui en a été fait par M. Gaultier de Claubry, lequel a emprunté, de Desault lui-même, des divers auteurs et de sa propre pratique, nombre de faits qui tendent à prouver l'inutilité de cette opération; la Société, dis-je, après une discussion assez longue, et à laquelle beaucoup de membres ont pris part, s'est prononcée contre l'utilité de cette opération : 1° parce que la guérison de ces sortes de hernies s'opère souvent par les seules forces de la nature; 2° parce que la compression, seule ou aidée des moyens toniques, réussit constamment; 3° parce que cette opération mérite le triple reproche, d'être douloureuse et non exempte de dangers, si l'on est assez malheureux pour comprendre une portion d'intestin dans la ligature; de ne pas réussir ordinairement sans être aidée par la compression; et d'être pratiquée inutilement parfois, comme Desault lui-même en rapporte des exemples. Cependant, si la guérison n'arrivant pas d'elle-même, et si les moyens compressifs ou astringents ayant été jugés inutiles ou impraticables, on se décidait à l'opération, le mode d'opérer recommandé par M. Martin serait préférable à celui de Desault; et comme c'est plutôt sur ce point de doctrine, que sur la nécessité de pratiquer l'opération, que porte son mémoire, nous pensons qu'il sera lu avec fruit. » (*Journal de Sédillot*, t. XLI, p. 289.)

ARTICLE III.

HERNIE OMBILICALE DES ADULTES.

SIÈGE ET CARACTÈRES DE LA TUMEUR. — *Siège.* —

Les classiques, Boyer en tête, disent qu'on appelle hernie ombilicale une tumeur formée par des viscères qui se sont échappés du ventre en traversant l'anneau ombilical ou des éraillures de ce que M. Jobert appelle la grande circonférence de l'anneau, c'est-à-dire des points de la ligne blanche qui avoisinent le plus cet anneau. Depuis J.-L. Petit, on admettait que les hernies de la grande circonférence, celles que M. Gerdy a appelées *ad-ombilicales*, étaient plus fréquentes que les véritables ombilicales qui se faisaient par l'anneau, parce qu'à l'âge adulte la cicatrice des vaisseaux, ces vaisseaux eux-mêmes avaient pris une telle consistance, avaient tellement bouché l'ouverture abdominale, qu'il était plus facile à un viscère de s'échapper par les environs de cet anneau que de le franchir lui-même. Richter et Scarpa ont tellement répété J.-L. Petit, qu'ils passent pour les auteurs de ce qu'on est en droit d'appeler aujourd'hui une méprise. On peut voir cependant que J.-L. Petit dit très positivement que, sur cent hernies de l'adulte, il n'y en a pas deux qui s'opèrent par l'anneau. D'ailleurs voici, d'après ce grand maître, les caractères qui distingueraient la hernie ombilicale de l'*ad-ombilicale*. On considérera la consistance des bords de l'ouverture, et sa forme, sa situation. Quant à la consistance, elle est plus prononcée quand

c'est l'anneau naturel; quant à la forme, celui-ci représente un cercle régulier; l'éraillure est, au contraire, plus ou moins oblongue et irrégulière; quant à la situation, la tumeur est au milieu du ventre quand elle s'est formée par l'anneau; elle est plus élevée, plus basse, plus latérale, quand elle dépend d'un écartement accidentel des fibres; et quand la tumeur n'est pas très volumineuse, on voit plus ou moins séparée d'elle la cicatrice ombilicale. Cette cicatrice sur une hernie très distendue se montre sous l'apparence d'une simple tache. (J. P., t. II.)

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que Petit, Richter, Scarpa, et la plupart de ceux qui les ont reproduits, ne parlent pas d'autopsies. A. Cooper, complétant l'anatomie pathologique des hernies ombilicales, est arrivé à une opinion entièrement opposée à celle de Petit. « Il résulte, dit le chirurgien anglais, des dissections que j'ai faites, que cette hernie passe, dans la majorité des cas, à travers l'ouverture ombilicale. » Et, pour établir la réalité de ce fait, Cooper montre la cause de l'erreur commise par Petit et ceux qui l'ont imité : « Il est probable que l'opinion contraire est fondée sur ce que la tumeur est rarement située exactement dans le centre de l'ombilic, parce que la peau étant fortement adhérente dans le centre de cette ouverture, la cicatrice cède plutôt sur un de ses côtés que dans son point central (1). » MM. Velpeau, P. Bérard, Malgaigne, Cruveilhier ont bientôt reconnu et constaté la vérité avancée par le chirurgien anglais, et je doute qu'il reste mainte-

(1) *OEuvres d'Asst. Cooper*, p. 333, trad. de MM. Chassaignac et Richelot.

nant de l'incertitude sur ce point. Il faudra donc renverser la proposition de Petit, et, plaçant la règle de ce grand maître dans l'exception, dire : Les *hernies ombilicales*, chez l'adulte, s'opèrent, en général, par l'anneau même, et quelquefois par les points les plus voisins de la ligne blanche. Les *hernies ombilicales proprement dites* sont plus fréquentes que les *hernies ad-ombilicales*.

Le contraire avait été établi parce qu'on s'était contenté d'un examen symptomatique que l'anatomie pathologique n'avait pas vérifié. Mais il ne faudrait pas, comme nous en avertit M. P. Bérard, exagérer au point d'exclure de l'adulte la *hernie ad-ombilicale*; car un fait de double hernie, une par l'anneau même, une sur un point voisin, ce fait, qui a été observé, montrerait l'absurdité de cette opinion. D'ailleurs ce n'est pas seulement autour de l'anneau ombilical que s'échappent des hernies accidentelles; on en trouve autour de l'anneau inguinal, de l'anneau crural, comme le prouve M. Gerdy, ce qui fait qu'il peut y avoir des hernies *ad-inguinales* comme des hernies *ad-ombilicales*.

Pourrait-on préciser davantage le point de l'anneau ombilical par où s'échappent plus souvent les organes? Lawrence dit que Scemmerring a fait la remarque que le point par où s'échappent le plus souvent les organes se trouve au-dessous de l'arcade supérieure de l'anneau (1).

Caractères. — Le volume de la tumeur, chez l'adulte, est représenté par les degrés les plus extrêmes.

(1) *Traité des hernies*, p. 444.

Ainsi il est des hernies à cet âge qui sont si petites, qu'elles se perdent sous les téguments; elles sont réellement imperceptibles. Il en est qui ont donné lieu à des coliques dont la cause n'a réellement été connue qu'après une compression de la région ombilicale. On cite, par opposition, des cas de hernies ombilicales d'un volume prodigieux; elles sont quelquefois descendues jusqu'aux cuisses. On comprend que le poids d'une pareille tumeur doit influencer la direction de son axe qui, au lieu de correspondre à celui de l'anneau ombilical, doit s'incliner de plus en plus en bas.

Cette circonstance doit être notée avec soin dans l'intérêt des manœuvres opératoires que peuvent nécessiter les hernies.

La forme de la hernie ombilicale chez l'homme est très diverse; c'est celle des trois variétés qui est la moins constante.

Il est rare, en effet, que la hernie soit tout à fait centrale, c'est-à-dire qu'écartant peu à peu les cordons provenant des vaisseaux ombilicaux, et étalant la cicatrice, elle s'arrondisse également comme dans des cas de hernies de l'enfance. Souvent la cicatrice résiste, et il y a une dépression centrale arrondie; quelquefois cette dépression est longitudinale, selon la direction de la ligne blanche, et la tumeur a deux lobes.

Mais il arrive plus souvent encore que le viscère passe entre la veine et une artère; alors celle-ci et sa voisine sont poussées d'un côté de la tumeur qui prend une forme irrégulière. On voit alors la cicatrice ombilicale sur un des côtés de la tumeur. Si le

viscère est directement poussé contre la cicatrice, et que celle-ci résiste fortement, comme les trois cordons qui y aboutissent offrent plus de résistance que la peau intermédiaire, il y a dépression sur trois points, et saillie sur trois points; la hernie semble composée de trois lobes. Alors le sac est nécessairement multiloculaire, du moins dans son corps.

Ainsi Scarpa, disséquant une de ces hernies, constata que le col du sac était circulaire, tandis que le corps était partagé intérieurement en trois cavités qui communiquaient entre elles. Scarpa a fait représenter dans son magnifique atlas cette tumeur qui contenait dans un de ses compartiments une anse d'intestin, tandis que les deux autres étaient en rapport avec de l'épiploon.

Aux hernies tout à fait aplaties, étalées dans les graisses de la région ombilicale, ce qui s'observe chez quelques sujets obèses, on peut opposer les hernies piriformes fortement pédiculées, qui présentent surtout les sujets maigres.

Ce qui différencie la hernie de l'adulte de celle des deux premiers âges, c'est la présence dans la tumeur de l'épiploon. C'est en général le premier organe qui se déplace, celui qu'on trouve immédiatement après le sac quand on ouvre la tumeur; il forme pour ainsi dire une seconde enveloppe séreuse aux autres parties qui le suivent, quand il ne sort pas seul. Au lieu de former un rideau devant les viscères, l'épiploon peut être roulé sur lui-même, comme M. Jobert l'a observé sur une femme de l'hôpital Saint-Louis (1).

(1) *Maladies chirurgicales du canal intestinal*, t. II, p. 447.

Mon savant collègue, M. Chassaignac, a présenté à la Société anatomique une hernie ombilicale trouvée sur un sujet de dissection; elle était assez volumineuse, et présentait extérieurement une dépression médiané, qui lui donnait un aspect cloisonné. La hernie était formée par le colon transverse; mais de plus, une portion d'épiploon engagée dans la tumeur venait de la partie supérieure de l'abdomen, en formant une bride longitudinale qui divise la tumeur en deux. Des adhérences épiploïques existaient à l'intérieur du sac.

L'épiploon peut présenter une éraillure, une perforation à la suite d'une distension ou de toute autre cause; cette ouverture laissera passer un intestin, lequel deviendra alors plus superficiel, et qui pourra être étranglé par cette même ouverture: si l'on joint aux modifications de rapport de l'épiploon, les modifications vitales qu'il subit avec une si grande promptitude, lesquelles changent sa forme, son volume, sa consistance, on aura une idée des complications qui peuvent naître de la présence de cette partie de la grande séreuse dans une hernie. On voit, en effet, l'épiploon former des tumeurs pédiculées à un ou plusieurs lobes, des brides, des anneaux qui enlacent les organes, des gaines, dans lesquelles ils s'insinuent.

J'ai dit que la présence de l'épiploon dans la poche herniaire différenciail l'exomphale de l'adulte de celle des autres âges; je dois donc ajouter ici que ce serait aller trop loin que d'admettre cet élément de la hernie comme tout à fait constant. En effet, l'épiploon peut être enroulé et retroussé en haut vers l'é-

pigastre, commel'a observé M. Jobert (de Lamballe); il peut même se porter dans la poitrine en traversant le diaphragme, ainsi que M. P. Bérard l'a constaté. Selon cet observateur, on rencontre ces rebroussements en haut de l'épiploon, surtout à la suite des grossesses et des hydropisies (1). Il arrive aussi, encore d'après M. Bérard, que la partie droite de l'arc du colon peut se renverser vers l'ombilic en passant devant l'épiploon; donc cette partie du gros intestin pourrait former la hernie, à l'exclusion du grand repli péritonéal. Une exomphale volumineuse que j'ai opérée, dit Lawrence, contenait l'intestin seul, dont il y avait plusieurs circonvolutions (2). D'ailleurs il faut ajouter que l'épiploon, qui d'abord n'est pas entré dans la composition d'une hernie, peut y entrer plus tard; c'est ce qui arrive surtout dans les cas de hernies que l'adulte porte dès son enfance. L'épiploon n'était pas d'abord dans la hernie, puisqu'il n'était pas encore formé; quand il a eu pris un certain développement, il a été entraîné au dehors.

Le colon transverse et l'intestin grêle sont les viscères qu'on rencontre le plus souvent dans l'exomphale, après l'épiploon. Sur le cadavre de la femme de l'hôpital Saint-Louis, dont j'ai déjà parlé, M. Jobert a trouvé de plus le colon lombaire droit, et même une portion du duodénum. Le foie, l'estomac se sont aussi trouvés, en partie, dans la poche herniaire. On aura une idée du nombre des parties composantes par la vue seule de ces hernies ombilicales, qui, pres-

(1) *Dictionnaire en 30 volumes*, nouvelle édition, t. XXII, p. 43.

(2) *Traité des hernies*, p. 451.

que plus spacieuses que l'abdomen même, lui ont ravi peu à peu presque tous les organes qui s'y prétaient par leur mobilité.

Une particularité, c'est que, dans la hernie ombilicale, le sac ne renferme presque jamais de sérosité. Il se trouve donc à peu près constamment en contact immédiat avec les viscères. « Je dirai, ajoute M. Velpeau, qu'on a posé cette loi d'une manière trop absolue. Chez une femme que j'ai opérée d'une exomphale étranglée, il y avait à l'intérieur des enveloppes herniaires plus de six onces de sérosité rougeâtre; et il s'en écoula trois onces environ chez une autre qui fut opérée à Tours, en 1818, par Pipélet, en ma présence (1). » Il est bien entendu que quand il y a ascite, le sac peut contenir de la sérosité. En parlant de l'étiologie, je citerai le cas d'un hydropique qui avait une hernie humorale, c'était un petit sac qui ne contenait que de la sérosité.

Je m'étonne qu'après la discussion à laquelle se livra Morgagni sur la présence du sac dans les hernies ombilicales, surtout après les autopsies qu'il a faites, l'erreur surtout représentée par Dionis soit arrivée presque jusqu'à nous. Voici au reste des explications que j'ai données ailleurs, elles montreront la cause de l'erreur de Dionis, et la feront éviter, si tant est qu'il existe encore des esprits qui rejettent les démonstrations de ceux qui m'ont précédé ou qui les ignorent.

Quant à la hernie ombilicale centrale, qui se forme par la dilatation et le déploiement en membrane de

(1) Velpeau. *Médecine opératoire*, t. IV, p. 234 et suiv.

la cicatrice, le sac, distinct dans les premiers temps, peut, par l'effet de la forte compression à laquelle il est soumis entre les viscères et la cicatrice, contracter avec la membrane qui résulte de la distension de cette dernière des adhérences tellement intimes, qu'il ne forme plus avec elle qu'une enveloppe mince, assez transparente pour laisser distinguer à travers son épaisseur la nature, la forme et la couleur des parties contenues dans la hernie, enveloppe qu'on ne peut séparer en plusieurs feuillets. En effet, elle ne présente plus alors deux membranes, mais seulement deux surfaces, dont l'une extérieure, cutanée et sèche, l'autre intérieure, séreuse, communiquant avec la cavité péritonéale. Telle était, sans doute, la disposition de la pièce pathologique du docteur Marshall, dont parle A. Cooper (page 206). Le praticien anglais dit qu'on n'y voyait point de vestiges de sac, et que les organes herniés étaient en contact avec la peau. Dans le cas même où l'on pourrait douter de l'existence du sac, une dissection attentive le séparera de l'enveloppe extérieure au voisinage de l'anneau. Le sac est alors excessivement mince; il est formé bien plus par la distension de la partie du péritoine qui adhère à la face postérieure de la cicatrice ombilicale, que par le déplacement des parties voisines. Les dissections que j'ai eu occasion de faire ne me laissent pas de doute à cet égard : *le sac existe toujours dans la hernie ombilicale.*

Dans les cas de hernies ad-ombilicales, et dans celles qui sortent entre l'anneau et l'extrémité des vaisseaux ombilicaux sur les côtés de la cicatrice ombilicale, le sac, toujours distinct, ressemble

à celui des autres hernies, cesse bientôt de répondre, centre pour centre, à l'ouverture abdominale; cette poche tend à se développer sur le point de la paroi du ventre correspondant à l'ouverture qui donne passage à la hernie. Dans ces deux variétés de l'exomphale, quand elles sont peu volumineuses, on peut distinguer sur le sac un mince prolongement du *fascia transversalis*; le *fascia superficialis* forme aussi à cette hernie une enveloppe distincte.

Les éditeurs de Sabatier, MM. Bégin et Sanson, admettent aussi que c'est l'adhérence intime du péritoine avec la peau et des crevasses que cette séreuse présente, qui ont fait nier l'existence du sac.

Les ouvertures qui laissent passer les hernies ombilicales et ad-ombilicales sont d'abord ovalaires, et deviennent peu à peu tout à fait circulaires, le collet du sac se moulant sur ces ouvertures.

J'ai déjà parlé du *fascia transversalis*; je dois ici signaler une particularité que j'ai rencontrée trois fois sur six cadavres avec M. Dubois, prosecteur de M. Deville : c'est une bande fibreuse appartenant au *fascia transversalis* qui passe sous la veine ombilicale, et près d'un centimètre au-dessus du rebord supérieur de l'anneau inguinal. Sous cette bande fibreuse pourraient bien s'engager de petites portions d'épiploon ou d'intestin qui, étreintes, constitueraient une espèce de hernie ombilicale interstitielle. Il ne serait pas étonnant que certaines douleurs très vives de l'ombilic, sans apparence de tumeur dans cette région, comme celle qui a pour ainsi dire été devinée par M. J. Cloquet, tinssent à un pincement d'un

viscère par cette bride dont je viens de parler. Cette dépendance du *transversalis* m'expliquerait aussi les sacs doubles dans la hernie par l'anneau même. On comprend que cet intestin, que j'ai supposé pincé seulement, peut, par de nouveaux efforts de la part du malade, se porter à l'extérieur, et donner lieu à une hernie qui serait oblique de haut en bas. Pendant ou après la formation de cette hernie, il pourrait se produire par le même anneau une hernie ordinaire qui serait directe; de sorte que, comme les hernies inguinales, les hernies ombilicales auraient deux variétés : 1^o *directes*, 2^o *indirectes*.

Outre les sacs plus ou moins parallèles, on rencontre aussi pour les hernies ombilicales les sacs multiloculaires.

J'ai idée que la variété dont parle Cooper, cette double hernie de la page 335 de ses Œuvres, je suis porté à penser que ce cas qui laisse de l'obscurité et dans l'esprit du lecteur, et même dans celui de Cooper, se rapporte à un double sac, l'un indirect, l'autre direct. On est porté à supposer qu'il s'est produit une double hernie, quand, en pressant sur un point, on opère la rentrée d'une partie de la tumeur, tandis que l'autre rentre difficilement ou est irréductible. Je sais que ce phénomène peut être produit par des hernies à un seul sac qui contiennent de l'intestin et de l'épiploon; l'intestin rentre, tandis que l'épiploon reste plus longtemps ou persiste à rester hors de l'abdomen. Mais il est des cas assez clairs pour laisser peu de place au doute. Ainsi, quand en rapport avec l'arcade inférieure du losange ombilical est une portion d'organe qu'on réduit facilement, avec bruit de gar-

gouillement, tandis qu'il reste en contact avec l'arcade supérieure une partie qu'on réduit difficilement ou qu'on ne réduit pas du tout, on peut supposer l'existence d'un double sac.

L'extérieur du sac est quelquefois en rapport avec une certaine quantité de graisse. Je dirai, en traitant de l'étiologie, que j'ai souvent vu de la graisse en rapport avec la face extérieure du péritoine de la région ombilicale. C'est surtout autour de l'anneau que M. Velpeau place les hernies graisseuses les plus fréquentes de cette région. Quelquefois, au lieu d'être en rapport avec la face externe, la graisse est en rapport avec la face interne du sac. Ainsi, M. Jobert a vu un sac très mince contenant de la graisse, laquelle n'était que plusieurs franges adipeuses parties de la circonférence et du colon transverse (1).

M. Velpeau cite M. Fardeau qui en a vu une se prolongeant jusque dans l'intervalle de deux lames du ligament supérieur du foie. Je transcrirai plus tard cette observation. « C'est probablement au-dessus de la cicatrice ombilicale, ajoute M. Velpeau, que la hernie dont parle M. J. Cloquet, et qui avait poussé devant elle, en le dédoublant, le ligament hépatique pour en former un sac, s'était produite (2). Quand on tirait la veine ombilicale du côté de l'abdomen, on réduisait le sac herniaire, et la tumeur extérieure disparaissait en partie. M. J. Cloquet dit n'avoir jamais rencontré cette disposition dans les cas nombreux de hernie qu'il a eu occasion de disséquer (3).

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. IV, p. 237.

(2) Jobert, *Mal. chirurgicales du canal intestinal*, t. II, p. 446.

(3) *Archives générales de médecine*, t. II, p. 632, 1823.

Au point de vue des caractères symptomatiques, la hernie ressemble aux autres sous presque tous les rapports. Mais les lésions de fonctions digestives, même quand la tumeur peut facilement rentrer et sortir, sont plus marquées; ainsi les tiraillements d'estomac, les coliques, les borborygmes, les diarrhées, les éructations, les vomissements s'observent beaucoup plus fréquemment ici que dans les hernies inguinales et crurales. C'est ici surtout que les aliments dits venteux, lourds à l'estomac, ont une influence très réelle, beaucoup plus directe sur les incommodités inhérentes à cette hernie et sur la production des accidents dont elle peut être le point de départ.

Ce que j'ai dit de la minceur de la poche herniaire dans certains cas de hernies développées, anciennes, doit rendre plus facile la distinction qu'on peut faire par la palpation des organes qui sont contenus dans la poche. Ainsi l'épiploon avec sa consistance demi-molle, l'intestin avec son élasticité gazeuse, le foie avec sa solidité charnue; toutes ces parties peuvent quelquefois être distinguées. L'œil seul peut accuser, dans certains cas, la présence du gros intestin, car les bosselures soulèvent la peau. D'ailleurs quand la hernie a un certain volume, la percussion pourra ici être d'un véritable secours.

En parlant des complications et accidents, je reviendrai nécessairement sur les caractères de la tumeur.

Il est quelquefois difficile de savoir la marche qu'a suivie la tumeur, le temps qu'elle a mis à se développer, car quelquefois un sujet est porteur d'une petite hernie, dont il ignore l'existence jusqu'à ce qu'un

effort ou le développement progressif ait porté son volume jusqu'à un degré qui ne puisse plus laisser ignorer la hernie. Il est évident pour moi qu'il est des femmes qui portent des *pointes* herniaires sans s'en douter, et dont elles ne se plaignent que pendant la grossesse. Après l'accouchement quelquefois la hernie rentre pour ne revenir réellement qu'à une autre grossesse. Il est vrai que toujours de pareilles hernies finissent par prendre définitivement un volume qui les empêche de disparaître pendant la vacuité de l'utérus. Un malade de M. A. Bérard assurait avoir bien suivi la marche de sa hernie, dont la tumeur aurait parcouru un à un tous les termes d'une progression si lentement croissante, qu'elle aurait employé une période de six ans à passer du volume d'un pois à celui d'un hémisphère de 2 pouces de diamètre (1).

ÉTIOLOGIE. — En parlant des exomphales des premiers âges, j'ai suffisamment fait entendre que la réparation de la lacune ombilicale pouvait rester longtemps imparfaite. Cette imperfection peut se prolonger jusqu'à l'âge adulte. Les vaisseaux, d'abord volumineux, très dilatés, peuvent s'atrophier considérablement, et alors les ligaments qu'ils représentent sont très grêles, tandis que l'ouverture ombilicale reste proportionnellement trop grande. Ces mêmes vaisseaux, au lieu d'adhérer au pourtour fibreux, restent quelquefois libres, mobiles sur lui, et ne s'entremêlent pas à ses fibres les plus concentriques. On a même admis que cette liberté existait toujours pour la veine ombilicale, ce qui rendait plus

(1) *Bulletin de la société anatomique*, observation communiquée par M. Sappey, 1839.

fréquentes les hernies qui passent immédiatement sous l'arcade supérieure de l'anneau. Il est remarquable que Lawrence, qui a adopté, sur ce point, l'opinion de Scemerring, dise cependant que la cicatrice ombilicale se rencontre ordinairement sur le côté de la tumeur, ce qui ferait supposer que c'est par un côté de l'anneau que cette tumeur s'échappe, en repoussant sur le côté opposé les vaisseaux (1); à moins qu'on n'admette, avec Lawrence, que l'anneau cède inégalement, et que c'est sur le côté qu'il se dilate davantage. D'ailleurs, ce qu'il y a d'évident, c'est que l'anneau n'est jamais complètement comblé par le tissu scléreux et les cordons provenant des vaisseaux de l'ombilic; il reste toujours une petite lacune. Or, comme les hiatus de la grande circonférence de l'anneau sont des exceptions, quoiqu'ayant une certaine fréquence, on ne voit pas pourquoi les viscères, qui ont de la tendance à se déplacer, poussés par une force qui les chasse du ventre, passeraient plus souvent par la grande circonférence de l'anneau, c'est-à-dire par un point de la ligne blanche que par l'anneau lui-même qui est plus ou moins entr'ouvert.

La réparation imparfaite de la lacune ombilicale peut exister d'une manière particulière chez plusieurs membres de la même famille, ce qui constitue une prédisposition héréditaire. Ainsi je connais deux sœurs déjà âgées qui ont d'énormes hernies ombilicales. Une d'elles a eu deux filles qui toutes deux ont été herniées pendant leur première grossesse.

(1) Lawrence, p. 444 et suiv.

Maintenant, chez elles, l'exomphale a un volume monstrueux. Une de ces femmes est connue de plusieurs de mes honorables compétiteurs. L'ouverture ou la demi-ouverture persistante peut singulièrement être agrandie par toutes les causes qui distendent les parois abdominales : ainsi les engorgements des viscères, l'amas considérable du tissu graisseux dans l'épiploon, l'ascite, les développements morbides de la matrice, des ovaires, la grossesse surtout. Lawrence cite 71 cas d'exomphale observés en Hollande; il n'y avait que 17 cas chez l'homme, et sur 344 cas, d'après la Société des bandages de Londres, il y avait 315 femmes. Il faut noter aussi les développements accidentels de ces paquets graisseux qui sont en rapport avec la face externe du péritoine et que j'ai souvent rencontrés en rapport avec la cicatrice ombilicale. En s'accroissant, en se portant au dehors, ils écartent les fibres des environs de l'anneau, ou poussent devant eux la cicatrice ombilicale. Sur ces points, la paroi abdominale est affaiblie et est toute prête à céder à une force impulsive qui tend à chasser les viscères hors la cavité qui les renferme normalement. Des abcès des parois abdominales peuvent, après leur ouverture, laisser des cicatrices minces qui affaiblissent ces parois. Les cicatrices des blessures peuvent avoir le même effet : ainsi Warner cité par Cooper parle d'un cas de hernie, après la ponction par l'ombilie. Mais comme cette ponction fut faite pour une ascite, et que cette hydropisie est déjà une cause puissante de hernie, on ne devra pas mettre le tout sur le compte de la ponction; car, l'ascite agit et sur toutes les parois abdominales et

sur les bords de l'anneau. La sérosité, en effet, peut s'insinuer dans l'ouverture ombilicale beaucoup plus facilement que les parties solides; il peut arriver qu'un pertuis, qui n'aurait pas laissé passer la plus petite portion d'épiploon, laisse s'échapper une certaine quantité de liquide qui forme d'abord une hernie aqueuse, laquelle pourra facilement être remplacée par une hernie d'une autre nature. J'ai vu, dit A. Cooper, dans la durée d'une ascite, l'ombilic devenir proéminent, s'amincir et former évidemment une hernie aqueuse. Quelquefois même on a pu, au moyen d'une ponction faite à cette tumeur avec une lancette, évacuer la sérosité abdominale (1). Cette tumeur a même subi une rupture spontanée.

Pour les causes déterminantes, elles sont les mêmes que les causes déterminantes des autres hernies. Les femmes, pendant le travail de l'accouchement, voient apparaître, quelquefois tout d'un coup, la tumeur à la suite d'un cri, de l'action de monter sur le lit de douleur. M. Jobert parle d'une baigneuse de l'hôpital Saint-Louis, qui eut pendant sa grossesse un ventre très volumineux. « Au moment de l'accouchement, pendant une contraction violente des muscles abdominaux, elle ressentit un craquement autour de l'ombilic, et immédiatement après, à chaque effort qu'elle faisait, l'ombilic était très saillant, et la hernie fut alors très évidente pour moi (2). » A. Cooper cite aussi une dame enceinte de trois mois, qui, au moment de franchir une barrière, eut la sensation de quelque chose qui éclatait dans la région du nombril.

(1) *OEuvres d'A. Cooper*, p. 335.

(2) *Maladies chirurgicales du canal intestinal*, t. II, p. 445.

Il se forma une hernie qui, dans une année, prit un développement considérable (1).

COMPLICATIONS ET ACCIDENTS. — En parlant des caractères de la tumeur herniaire, j'ai dû nécessairement esquisser quelques traits qui appartiennent aux complications; car malheureusement, chez l'adulte, la hernie ombilicale est souvent compliquée. D'abord quand l'anneau ombilical et la grande circonférence sont affaiblis, il y a des probabilités pour que le reste des parois abdominales n'ait pas conservé toute sa résistance, car il est des causes de hernies dont l'action porte sur tous les points de l'enceinte abdominale. La hernie ombilicale peut donc être compliquée d'autres hernies, et voici, sous ce rapport, le résultat des recherches de M. Malgaigne. « Ainsi, sur les sujets dont j'ai recueilli les observations en 1835, il y avait, pour les 8 exomphales chez les hommes :

- 3 exomphales simples,
- 2 compliquées d'une inguinale simple,
- 2 avec inguinale double,
- 1 avec une hernie de la ligne blanche.

Pour nos 16 femmes, on comptait :

- 7 exomphales simples,
- 3 avec inguinale simple,
- 1 avec inguinale double,
- 2 avec des hernies de la ligne blanche,
- 1 avec une hernie de la ligne blanche et un cystocèle,
- 1 avec un cystocèle,
- 1 avec un rectocèle.

Chez les sujets adultes, tantôt l'exomphale précède, et tantôt il suit l'apparition des autres hernies; pour

(1) *OEuvres d'A. Cooper*, p. 343.

les très jeunes sujets, l'exomphale précède d'ordinaire, et se montre dès la naissance, ou quelquefois deux ou trois hernies paraissent dans les premiers jours. Comme exemple du premier cas, je peux citer une petite fille de six mois, qui avait apporté en naissant une exomphale, et qui, à neuf mois et demi, se fit une inguinale gauche. Un garçon de seize mois vint au monde avec une exomphale et une faiblesse de la ligne blanche: il eut une inguinale droite à quinze mois. Comme exemple de l'autre cas, se présente une petite fille de onze mois, qui portait ensemble une exomphale, une hernie de la ligne blanche et une inguinale gauche, survenues, au dire des parents, peu après la naissance. Il est bien rare alors qu'il n'y ait pas quelque disposition héréditaire. Sur ces trois malades, par exemple, deux venaient de parents hernieux, et je ne pus avoir de renseignements satisfaisants sur le troisième (1). »

Non seulement une exomphale peut être compliquée d'une autre hernie plus ou moins éloignée de la région ombilicale, mais, comme je l'ai déjà dit, avec une hernie par l'anneau même, il peut y avoir une hernie ad-ombilicale. Bien plus, si on se rappelle ce que j'ai écrit sur ce pont formé par une petite bandelette du *fascia transversalis*, on pourra très bien admettre qu'une hernie directe par l'anneau ombilical peut être compliquée d'une hernie indirecte qui sort aussi par le même anneau.

On comprend facilement qu'une hernie graisseuse peut compliquer une hernie viscérale ; le fait suivant en est un exemple :

(1) Malgaigne, *Leçons cliniques sur les hernies*, p. 224.

« M. Velpeau fut appelé auprès d'une malade qu'un confrère croyait affectée d'une hernie étranglée. La tumeur existait au-dessus de l'ombilic, paraissait d'abord peu volumineuse à cause de l'embonpoint de la femme. Depuis la veille, la malade avait des vomissements, la tumeur était dure, trilobée, et chaque lobe avait le volume d'un œuf; elle existait du reste depuis de longues années. Les accidents étaient peu intenses. M. Velpeau pensant que la tumeur était de nature peut-être exclusivement graisseuse, et que dans ce cas la guérison aurait lieu sans opération, conseilla de différer jusqu'au lendemain, et prescrivit des lavements avec la décoction de tabac. Le lendemain il y avait eu une évacuation; les accidents ne s'étaient pas aggravés, et on crut devoir encore attendre jusqu'au lendemain; mais alors les vomissements étaient plus fréquents, les selles suspendues, il y avait des symptômes de péritonite; pensant qu'une anse intestinale était pincée, l'opération fut faite aussitôt; l'incision des téguments fit voir que la hernie n'avait pas de sac; elle adhérait aux tissus sous-cutanés, et par la dissection on arriva à un pédicule du volume du pouce: jusque là ni sac, ni intestin. M. Velpeau incisa alors verticalement couche par couche, chaque lobe graisseux, et y trouva de petites cavités pleines d'un liquide noirâtre, et d'odeur gangréneuse; mais c'étaient de véritables culs-de-sac; enfin il incisa le pédicule, et y trouva une caverne contenant un liquide noirâtre. Avec une sonde canelée, il fit le tour du pédicule, et découvrit au-dessous une petite anse d'intestin ayant 1 pouce environ d'étendue, offrant une couleur gris cendré; il y avait bien là trois caractères

de gangrène; l'odeur, la couleur noirâtre et l'insensibilité apparente; mais le quatrième, le plissement comme un linge mouillé, manquait. Le doigt ne pouvant être introduit dans l'ouverture, il y conduisit sur l'index le bistouri de Pott, et fit un débridement peu étendu, mais multiple. » (*Gazette méd.*, 1833, p. 437).

La présence presque constante de l'épiploon dans l'exomphale de l'adulte, constitue l'élément complicatif avec lequel il faut le plus compter. J'ai déjà parlé de ses divers changements de forme, de rapport; voici ce qu'Arnaud nous enseigne sur l'épiploon comme cause de complication et d'accident.

« Les déchirures de l'épiploon, quoique fort rares et difficiles à concevoir dans les hernies du scrotum, n'ont rien d'extraordinaire, et sont fort communes dans celles de l'ombilic. Pour que l'épiploon puisse être percé, déchiré, il faut que, suivant le mécanisme que l'expérience fait voir, il enveloppe exactement l'intestin, et qu'il lui serve de sac; alors le boyau, faisant des efforts continuels contre l'épiploon, l'étend, l'amincit, il le crève enfin, surtout si quelque cause seconde, comme des adhérences ou autre chose, l'empêche de s'allonger. Cela arrive fort ordinairement dans les entéro-épiplomphales, où le jéjunum est toujours coiffé sur l'épiploon. La raison en est sensible, l'épiploon descendant généralement plus bas que l'ombilic dans les adultes (1). »

Les complications les plus fréquentes qui se rapportent à l'épiploon, sont les adhérences qu'il con-

(1) Arnaud. *Mémoires de chirurgie*, t. II, in-4, p. 586 et suiv.

tracte avec le sac et les autres parties herniées. Ce sont là des causes d'irréductibilité, ou bien des circonstances qui font que la hernie est réduite en masse sans bénéfice pour le malade, qui continue à éprouver les inconvénients, les accidents causés par ces adhérences. Une cause commune d'irréductibilité, c'est l'épanouissement de l'épiploon une fois sorti du ventre. Sa partie extra-abdominale prend alors un développement tel, que le tout ressemble à un champignon, à une massue. Non seulement alors la hernie est irréductible sur le vivant, quand elle a toutes ses enveloppes, mais encore après que l'épiploon a été mis à nu, et même sur le cadavre quand il est permis d'employer une certaine violence; c'est ce qui a été constaté par M. Jobert. Non seulement alors l'épiploon a augmenté de volume, mais il a acquis plus de consistance. On comprend qu'une tumeur ayant une consistance assez ferme, un développement considérable à l'extérieur, un pédicule dirigé vers l'abdomen, et comme inséré sur les parois de cette cavité, on comprend qu'une pareille tumeur peut, non seulement faire naître des difficultés dans le traitement, mais jeter encore beaucoup d'obscurité dans le diagnostic.

Les complications qui viennent de l'intestin ne sont pas rares. M. Sappey a présenté à la Société Anatomique l'intestin d'un homme atteint d'une hernie ombilicale ancienne. Un coup est reçu sur la tumeur, elle devient dès lors irréductible, douloureuse. M. A. Bérard opère le lendemain même; alors il trouve l'intestin phlogosé, mais non perforé. Cependant, vingt-quatre heures après la mort, on trouve la perforation du mésentère communiquant avec l'intestin. Ici il y

avait, selon M. Sappey, une lésion de l'intestin qui avait précédé le coup reçu sur la hernie. C'est cet accident qui aurait hâté la marche d'une ulcération intestinale préexistante. D'autres lésions de l'intestin peuvent encore constituer une complication; c'est ainsi que, dans le service de M. Lisfranc, on a observé, dans l'étendue de huit à dix pouces, le petit intestin constituant une filière extrêmement étroite (1). On a vu aussi une hémorrhagie par la surface interne d'un intestin hernié, et qui avait été ouvert pour la création d'un anus contre nature. Il est dit, dans l'observation qui vient du service de Dupuytren, que la nature avait beaucoup fait pour la guérison, et que sans l'hémorrhagie le malade aurait guéri (2).

Il ne faut pas oublier ici les adhérences de l'intestin avec l'épiploon, et surtout celles qu'il contracte avec le sac; car, comme je l'ai dit en parlant des parties qui composent la tumeur, s'il est vrai que, dans le plus grand nombre des cas, l'épiploon se trouve être la partie qui double immédiatement la face interne du sac, il n'en est pas moins établi que l'intestin peut être immédiatement appliqué sur le corps et contre le collet du sac. Il est important de noter cette circonstance, pour avertir l'opérateur des dangers d'une imprudente précipitation pendant le manuel opératoire, et pour juger le procédé qui consiste à débrider en dehors du sac, c'est-à-dire en épargnant celui-ci et en n'incisant que l'anneau aponévrotique. J'ai déjà parlé d'une espèce de rétrécissement de l'intestin; on comprend

(1) *Gazette des hôpitaux*, 30 juin 1840.

(2) Même recueil, 27 mai 1830.

que les autres variétés de cette stricture peuvent coïncider avec la hernie ombilicale. Outre les dangers de cette complication, comme lésion d'un organe important, elle a un résultat qui est on ne peut plus fâcheux ici : c'est la tympanite. La tympanite, en effet, qu'elle soit due à un rétrécissement ou qu'elle tienne à une autre cause, est une des complications les plus fâcheuses de la hernie ombilicale ; car la hernie tend continuellement à augmenter de volume, sa réduction est impossible sans douleur, sans accident ; et si on opère, après avoir débridé, on risque non seulement de ne pouvoir pas réduire, mais encore de voir projetée en avant une masse de parties encore plus considérable que celle qui formait primitivement la tumeur herniaire.

Le ventre étant en grande partie envahi par la matrice dans la grossesse, on comprend que cette circonstance peut être considérée comme une complication et une cause d'irréductibilité.

Le sac des hernies ombilicales est ordinairement remarquable par sa ténuité ; car sa formation a lieu par extension du péritoine et non par son déplacement, cette séreuse étant très adhérente à la région ombilicale. Cette ténuité du sac facilite ses ruptures, ses crevasses, et prépare la rupture complète de la poche herniaire dont je parlerai bientôt. Mais ce même sac peut être épaissi, et on a rencontré cette espèce d'hypertrophie à son col. C'est là encore une cause d'accident, puisqu'une diminution dans les diamètres du col d'une hernie peut donner lieu à l'étranglement, ce qui est plus souvent observé à l'aîne qu'à la région ombilicale. Il existe, selon M. Parsons,

une complication, ou, peut-être, une coïncidence entre une gangrène extérieure et une gangrène dans la hernie ombilicale. Ce chirurgien rapporte qu'une femme de soixante ans avait, depuis dix ans, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une hernie ventrale grosse comme la tête d'un enfant. Cette hernie s'étrangla, et, en même temps que l'intestin s'y gangrenait, une gangrène sénile se déclarait au bras droit. Suivant M. Parsons, qui a, outre ce fait, observé plusieurs cas analogues, cette coïncidence d'une gangrène extérieure avec une hernie étranglée serait une contr'indication formelle de l'opération. (Voyez *The medico-chirurgical Review*, octobre 1836, et *Gazette médicale*, même année, p. 839.)

La gangrène d'ailleurs est moins fréquente dans l'exomphale que dans les autres hernies, parce que, selon quelques auteurs, et M. Velpeau en particulier, le gros intestin résiste beaucoup plus à cette extinction de la vie, et on sait que les entéro-épiplocèles et surtout les épiplocèles simples se mortifient lentement. Mais, par compensation, la gangrène a des effets plus graves, d'abord à cause de son voisinage de l'estomac, et surtout parce que l'effet le plus ordinaire de la gangrène, quand elle ne tue pas, est un anus contre nature qui est ici beaucoup plus difficile à guérir. On sait en effet, du moins Scarpa a beaucoup insisté sur ce point, on sait que la formation d'un entonnoir membraneux facilite singulièrement la guérison de l'anus contre nature. Or ici le péritoine est trop adhérent pour glisser suffisamment et se prêter à la formation de cet ajoutage qui doit combler la brèche faite à l'intestin par la mortification. Cette circonstance a

fait considérer comme plus fréquente ici l'indication des sutures intestinales, nouvellement inventées.

La guérison par les seuls efforts de la nature n'est cependant pas impossible ici, car M. Velpeau dit avoir vu guérir spontanément un malade opéré par Pipelet, et qui avait une escarre de l'intestin, laquelle fut enlevée (1). Il est évident que plus l'escarre sera petite, plus la guérison pourra être espérée, et moins elle se fera attendre. Mais encore, pour ces hernies, les fistules stercorales sont souvent compliquées de décollements cutanés; elles se ferment quelquefois pour se rouvrir de nouveau sur le point déjà ouvert ou plus ou moins loin.

On comprend par ce que j'ai dit du volume qu'acquiert quelquefois la hernie ombilicale, par ce que j'ai si souvent répété sur la ténuité du sac herniaire, et par ce qu'on peut observer du côté de la peau qui se distend quelquefois d'une manière si marquée, on comprend que la rupture de la poche herniaire est possible.

Voici un exemple fort remarquable de cet accident; il est emprunté à Boyer.

« Une femme âgée de soixante ans, d'une petite stature, d'un embonpoint médiocre, portait depuis vingt ans une hernie ombilicale, qui n'avait jamais été contenue par un bandage. Cette hernie s'était accrue successivement, et avait acquis un volume égal à celui de la tête d'un adulte. La peau qui la couvrait était si mince, qu'on distinguait parfaitement bien les circonvolutions intestinales à travers, pour peu qu'elles

(1) *Médecine opératoire*, t. IV, p. 239.

fussent distendues par des gaz. Dans un léger effort que cette femme fit pour lever un paquet de linge, la peau se déchira dans une étendue de 6 à 8 lignes, et l'intestin s'échappa par la déchirure. Appelé auprès de la malade quinze heures après l'accident, je remarquai que la portion d'intestin sortie par la plaie de la peau formait une anse d'environ 10 pouces de longueur; elle était distendue par des gaz, et d'un rouge tirant sur le violet. La malade avait vomi deux fois, et elle éprouvait des nausées continuelles; le pouls était très petit, et les traits du visage étaient sensiblement altérés. L'impossibilité de faire rentrer l'intestin sans agrandir l'ouverture qui lui donnait passage, était si manifeste, qu'avant de faire aucune tentative, je jugeai à propos de débrider cette ouverture : mais, quoique je n'eusse pratiqué qu'une très petite incision, il s'échappa aussitôt une si grande quantité de l'intestin, que j'eus beaucoup de peine à le faire rentrer, quoique très bien secondé par le médecin ordinaire de la malade. Pour le contenir, je fus obligé de faire la suture de Pelletier. Les accidents de la malade augmentèrent, et elle mourut au bout de vingt heures. Je fus instruit trop tard de sa mort pour pouvoir faire l'ouverture du corps, à laquelle d'ailleurs les parents se seraient probablement refusés. » (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 316, édition de 1831.)

L'irréductibilité des hernies ombilicales peut être produite par l'engouement, par l'étranglement. On conçoit que le premier de ces accidents doit être très fréquent dans l'exomphale de l'adulte, qui a un volume considérable; alors les intestins s'étalent au dehors,

et il n'y a aucune proportion entre le corps de la tumeur et son col, ce qui rend extrêmement difficile le mouvement des matières contenues dans l'intestin hernié. On comprend que l'engouement sera singulièrement favorisé par la présence des ascarides lombricoïdes, des petits grains de raisin, des noyaux de cerise, ou de tout autre corps étranger.

La hernie ombilicale est moins souvent étranglée que les hernies crurales et inguinales. Les grands maîtres, les meilleurs observateurs, Richter, Scarpa, Boyer, etc., ne diffèrent pas sur ce point. Il est évident qu'ici on a bien moins souvent l'étranglement par le col du sac; la présence de l'épiploon, qui forme une enveloppe aux intestins, les protégeant contre l'action de l'anneau fibreux, l'étranglement aigu doit être plus rare aussi que dans les hernies, qui sont plus souvent composées seulement de l'intestin, ou qui contiennent de l'épiploon, mais n'ayant pas la disposition protectrice de celui de l'exomphale. Ainsi je suis tout prêt à me ranger du côté de M. P. Bérard, qui, placé entre Scarpa, partisan de l'étranglement aigu, et Richter, qui le dit rarement très violent, penche pour celui-ci. Mais je crains que cette opinion, mal interprétée, n'ait une influence fâcheuse sur la pratique, et arrête trop longtemps la main de l'opérateur. Que le jeune chirurgien se rappelle toujours ces paroles d'un homme qui a surtout brillé par son bon sens et sa prudence; Boyer dit très positivement, en parlant de la kélotomie appliquée à l'exomphale: « On a observé que cette opération a très souvent une issue très malheureuse, ce qui vient, sans doute, en grande

partie, de ce qu'on la fait presque toujours trop tard (1).

Ainsi il est très vrai, comme le dit M. P. Bérard, que dans la hernie entéro-épiploïque quelquefois l'étranglement n'arrive qu'après une suppuration de l'épiploon; il est très vrai aussi qu'un des caractères de la hernie ombilicale, c'est de causer des douleurs abdominales, des envies de vomir et même des vomissements dans des cas où on ne peut supposer aucune espèce d'étranglement. Mais il est tout aussi bien établi que, dans certains cas, l'étranglement de l'exomphale marche rapidement, escorté de symptômes très bénins. Ainsi je fus appelé, par mon honorable confrère M. Berton, pour opérer une dame qui avait une exomphale étranglée depuis douze heures, avec des symptômes légers du côté de l'estomac, qui souffrait peu et dont la tumeur était très tendue: ces symptômes même disparaissaient de temps en temps. Néanmoins je proposai l'opération qui fut approuvée par MM. les docteurs Laborie et Berton. Mais la malade la refusa et mourut d'une péritonite, vingt heures après les premiers symptômes d'étranglement.

Comme je l'ai déjà dit, l'étranglement par le collet du sac est très rare ici; et l'étranglement en masse de toute la hernie est plus rare que dans les autres hernies; mais l'étranglement partiel, celui qui est produit par une partie herniée contre une autre partie également herniée; cet étranglement par des brides, par des ouvertures, par des gaines

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 521, édition de 1831.

de l'épiploon, est beaucoup plus fréquent ici qu'ailleurs, et il doit revêtir des formes moins aiguës et être, parfois, pour ainsi dire, latent.

DIAGNOSTIC. — En parlant des caractères de la tumeur, j'ai nécessairement établi le diagnostic de l'exomphale. Le diagnostic différentiel ne pourrait porter que sur des tumeurs des parois mêmes de l'abdomen, qui alors pourraient être confondues avec l'épiplocèle irréductible. Ces tumeurs sont ordinairement formées par du tissu adipeux; j'en ai parlé quand il a été question de la composition de la hernie et de ses complications; j'y reviendrai d'une manière plus particulière dans le second chapitre, et là je citerai des faits de tumeurs graisseuses qui étaient réductibles. Mais ici est la place d'un fait important observé par M. le professeur Denonvilliers. Voici comment ce fait est relaté dans les *Archives de médecine* (1), séance de l'Académie royale de médecine (2 août). « M. Denonvilliers fait voir la paroi abdominale d'une femme qui portait une hernie graisseuse de la ligne blanche. Cette hernie passait par l'anneau lui-même, entraînait et sortait librement, de manière à simuler une hernie ombilicale épiploïque. Ce qui rendait ce diagnostic difficile, c'est que lorsque la malade fut examinée, elle était affectée d'une péritonite aiguë à laquelle elle succomba, et qui simulait un étranglement. Or, comme la tumeur rentrait facilement, on aurait pu croire que les parties herniées étaient réduites en masse, et que la cause de l'étranglement siégeait dans le collet du sac, ce que

(1) *Archives de médecine*, t. XV, p. 107, 1843.

M. Denonvilliers regardait comme impossible dans une région où le péritoine est intimement uni à la paroi abdominale.

Maintenant, je dois dire que l'examen le plus minutieux peut ne pas mettre sur la trace d'une hernie qui peut cependant très bien exister, mais qui est d'un très petit volume. La hernie ayant ce volume, passe surtout inaperçue quand le sujet est abondamment pourvu de tissu cellulaire dans la région ombilicale. Il y a quelquefois alors des traînées d'épiploon qui sortent par une ouverture très étroite, et qui, se mêlant aux graisses environnantes, sont complètement impossibles à distinguer par le toucher. J'ai quelquefois pu découvrir une hernie en plaçant le malade de profil. On constate ainsi la moindre saillie, le moindre soulèvement de la peau. Il faut, d'ailleurs, appliquer l'oreille sur la région; alors, même dans les cas de hernies épiploïques, on entend un frémissement particulier quand le malade, se mettant à faire un grand effort d'expiration, augmente le volume de la hernie.

On pourrait, à la rigueur, confondre une hernie avec un abcès froid de la région ombilicale. Mais ces collections sont ici très rares, et, comme elles ne produisent d'abord aucun accident, on peut attendre que les caractères de l'abcès soient très prononcés avant de prendre un parti.

Chez les femmes surtout, qui se laissent difficilement visiter, une petite hernie ombilicale ignorée peut donner lieu à des phénomènes qui simulent une foule de maladies. En 1839, vint à Paris une jeune dame de Bruxelles, qui disait avoir été affectée d'une

gastrite depuis plus de trois ans, et qui dans cet espace de temps avait reçu plus de 300 sangsues sur l'estomac. Elle avait cependant conservé un certain embonpoint. Cette dame, petite de taille, et mère de deux enfants, s'imagina un jour être atteinte d'une affection cancéreuse de la matrice, et vint à Paris pour consulter M. le professeur Marjolin, qui reconnut une petite hernie située au fond de l'ombilic : il ordonna l'application d'un bandage à pelote conique et très molle. M. J. Lafond exécuta le bandage suivant les indications du professeur. Il eut un plein succès.

Des dégénérescences de l'ombilic pourraient-elles être prises pour certaines hernies épiploïques? J'en doute, si le praticien est tant soit peu attentif. Cependant, au point de vue du diagnostic, le fait suivant, emprunté à M. P. Bérard, paraît avoir un certain intérêt.

« Une femme a été envoyée à mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour y être traitée, disait-on, d'une hernie ombilicale. Le premier examen de la tumeur, dit M. Bérard, me fit reconnaître qu'elle était de nature cancéreuse. Elle avait le volume d'une pomme de moyenne grosseur ; elle était aplatie et pédiculée comme un champignon : mais le pédicule était assez fort, et faisait corps avec la paroi abdominale. La couleur de la tumeur était brunâtre, et sa consistance très grande. Une particularité de cette tumeur était que sa surface n'avait pas l'apparence de la peau. C'est qu'en effet la peau ne la recouvrait pas : c'était, je pense, la cicatrice ombilicale qui avait subi, en s'hypertrophiant, la dégénérescence cancéreuse. La

malade ne voulut pas consentir à l'extirpation de cette tumeur.

» Il est vraisemblable que si le cancer s'observe plutôt à l'ombilic que dans le reste de la paroi abdominale, c'est que la partie où le cordon était attaché offre des conditions de structure toutes spéciales, et qui ne se rencontrent en aucun autre point de la ceinture (1). »

PRONOSTIC. — Les graves et fréquentes complications de la hernie ombilicale, ce que j'ai dit et ce que je dirai encore des dangers des opérations qu'on est obligé de pratiquer pour combattre les accidents, les difficultés et presque les impossibilités d'une cure radicale, les difficultés extrêmes de contenir quelquefois la tumeur, tout cela constitue un pronostic fâcheux, et on verra que, même en supposant l'absence des accidents les plus directement compromettants pour la vie, il y a assez de trouble dans les digestions pour abréger les jours du malade, surtout quand la tumeur est un peu volumineuse. Cependant on a vu des adultes guérir de leur hernie par un bandage seulement. Ainsi, Cooper en cite un cas, et dans mon livre je fais mention d'un hydro-pique qui fut tout aussi heureux (2). Mais ces exceptions étant extrêmement rares, le pronostic de la hernie de l'adulte doit être au moins toujours très réservé.

TRAITEMENT. — Il faut commencer par réduire la hernie et la contenir ensuite. Delpech a bien prévu

(1) *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, nouv. édit., P.-J. Bérard, art. *ombilic*.

(2) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. IV.

les difficultés de la réduction et celles de la contention.

Il est, en effet, souvent difficile de réduire et de contenir les viscères déplacés. D'un côté, l'anneau ombilical appartenant en entier à une partie très mobile de l'abdomen, celle-ci s'affaisse à la moindre compression, et suit la hernie qu'on s'efforce de repousser dans l'intérieur. D'un autre côté, l'anneau ombilical présente un contour mince, comme tranchant; les parties que cette ouverture embrasse en sont facilement irritées et disposées à contracter des adhérences; les viscères sont facilement atrophiés sur le point en rapport avec l'anneau; il se forme quelquefois dans ce point une espèce de pédicule qui rend la réduction très difficile. Dans les hernies inguinales et crurales au contraire, le bassin formant une partie du contour de l'ouverture herniaire, un bandage contentif peut trouver un point d'appui sur les parties osseuses et s'opposer efficacement à l'issue des viscères. « Cet avantage n'existe pas dans la hernie ombilicale : la situation de l'ouverture varie comme la distension momentanée du ventre; et, pour contenir solidement les parties, un bandage doit suivre toutes ces variations, en exerçant une force toujours égale, ce qui est évidemment impossible. Aussi n'est-il pas rare de voir des hernies ombilicales que l'on s'est vainement efforcé de contenir, qu'on n'a pu empêcher de devenir énormes, qu'on ne peut plus réduire, et que l'on est obligé de soutenir par le moyen d'un bandage à pelote concave (1). »

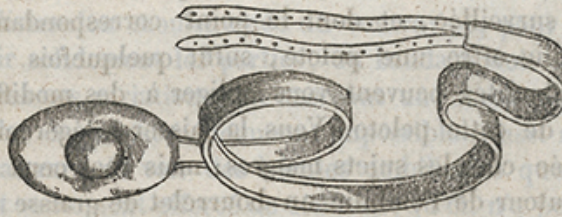
(1) Delpéch, *Mal. rep. chirurgicales*, t. II, p. 538 et suiv.

C'est surtout pour la réduction des hernies ombilicales que le précepte qui veut qu'on relève en même temps les épaules et le bassin, doit être rigoureusement observé. Dans certaines hernies volumineuses on ne devra pas repousser seulement les organes en arrière, mais aussi de bas en haut. Le point le plus voisin du ventre étant le plus rétréci, il faut d'une main empoigner le corps de la tumeur, et avec le pouce et l'indicateur de l'autre main on fera passer les organes comme à une filière. Quelquefois les premières tentatives ne réussissent pas et le bandage seul finit par réduire les viscères; ceci arrive surtout à certaines hernies volumineuses. Je citerai bientôt un fait emprunté à Arnaud, qui montrera une réduction progressivement effectuée par un bandage.

Au point de vue de la réduction et de la contention, les hernies peuvent être divisées en trois catégories; elles sont : 1° d'un petit volume et réductibles; 2° volumineuses, réductibles; 3° non réductibles avec un volume médiocre ou un volume considérable. Dans le premier cas, un bandage très simple, une ceinture bien surveillée, et dont le point correspondant à l'ombilic offre une pelote, suffit quelquefois. Des individualités peuvent vous obliger à des modifications de cette pelote. Vous la laisserez légèrement bombée chez les sujets maigres; mais chez ceux qui ont autour de l'ombilic un bourrelet de graisse qui fait que la cicatrice, après la réduction de la hernie, semble enfoncée au fond d'un entonnoir, pour ces sujets, vous serez obligé de donner à la pelote une forme qui lui permette de combler cette dépression.

Quand la hernie, plus volumineuse, appartient à la

seconde catégorie, la contention est plus difficile, et on devra alors avoir recours à un bandage confectionné de manière qu'il porte sur la partie postérieure du tronc et sur la région ombilicale, en laissant presque libres les autres parties du ventre, selon l'indication de Richter. Ce système a été adopté par les meilleurs praticiens, par Boyer, par Cooper, etc. Il faut ici nécessairement un ressort, mais très doux; il ne fera guère que la moitié du tour du corps, prendra son point d'appui postérieur sur la colonne vertébrale; sa courbure sera horizontale; la plaque antérieure conservera la direction du ressort, sera matelassée simplement, et munie, à la partie moyenne, d'une pelote sphérique. Le collet ne présentera ni torsion ni courbure particulière; le corps du bandage et la pelote formeront ensemble un demi-cercle. Ce bandage sera ordinairement porté sans sous-cuisse; s'il le fallait cependant, on le fixerait au moyen de sous-cuisses et de scapulaires. Je donne ici la figure de ce bandage.



Ce bandage, même bien fait, est quelquefois insuffisant pour contenir une hernie, même peu volumineuse, chez certains sujets.

Les divers mouvements, les diverses positions du

corps peuvent, en effet, changer la forme du ventre, et tel bandage qui est très contentif pendant la position verticale, peut être très insuffisant dans la position assise. Il est souvent question de cet homme de l'art, qui avait vu échouer tous les bandages qu'on avait appliqués sur son ombilic. Suret constata que ces insuccès provenaient de ce que son confrère avait le ventre plus saillant quand il était assis que quand il était debout. C'est pour cela que Suret cacha dans la pelote, tenant à une ceinture, un ressort qui permit à celle-ci de s'allonger ou de se raccourcir, et d'obéir ainsi aux mouvements dont le ventre était le siège. Mais c'est précisément chez les sujets obèses, ceux chez lesquels les difficultés de la contention sont les plus prononcées, qu'on trouve une prédisposition extraordinaire de la peau à rougir, à s'excorier, à devenir douloureuse. Ils sont alors tellement incommodés par toute espèce de ceinture, qu'on est obligé de supprimer cette pièce et de se contenter d'une pelote, d'une demi-bille, que l'on contient, à l'exemple de Cooper, avec un large emplâtre agglutinatif. Heureux quand cet emplâtre, suffisant pour contenir, n'irrite pas la peau !

On a vu que dans les hernies réductibles, la principale pièce du bandage a dû, surtout pour les sujets gras, offrir une convexité. Il ne doit pas en être de même pour les hernies irréductibles, qu'elles soient volumineuses ou non.

L'irréductibilité peut être due à beaucoup de causes, comme je l'ai prouvé suffisamment, je crois, en parlant des complications. En général, c'est qu'il y a 1° des adhérences entre les parties ; 2° une hypertro-

phie des viscères déplacés ; 3° un état du ventre qui ne lui permet plus de recevoir les viscères qui l'ont quitté.

Dans tous les cas , il serait de la plus impardonnable imprudence de se livrer à des efforts de réduction , et on échouerait presque toujours , si l'on s'obstinait à adopter le système des pelotes , dont il a été précédemment question.

Ici on consultera l'instinct du malade. On en verra qui , donnant à la main une forme concave , l'appliqueront ainsi sur la tumeur , et vous diront qu'ils ne sont soulagés que par cette manœuvre ; d'autres , ayant une des plus grandes hernies , croiseront les doigts des deux mains qui , réunies , formeront une large coquille , laquelle s'adaptera parfaitement à la tumeur. Eh bien ! il faut que la principale pièce du bandage soit moulée sur la forme que prennent les mains pour contenir la tumeur. Il est des cas où cette coquille doit être maintenue par une large ceinture qui emboîte tout le ventre. Quand la hernie est volumineuse au point de contenir la plus grande partie des intestins , on est obligé de renoncer à donner une certaine solidité à la carcasse de la coquille. Ce doit être alors un sac , une espèce de bourse destinée à contenir la hernie , et , pour la porter , les difficultés sont quelquefois telles , que des points d'appui doivent être pris sur un corset qui revêt la poitrine , ou sur les épaules. C'est alors que l'énorme suspensor de F. de Hilden , modifié par Scarpa , trouve une application rationnelle.

Voici cet appareil , avec la modification du professeur de Pavie.

« 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 toiles, 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 des deux boucles. Au lieu de le faire avec de la toile piquée, on peut aussi le construire avec de la peau; il faut pour cela couper plusieurs bandes de peau qui se terminent en pointe par les deux extrémités, à peu près comme des tranches de melon, et les coudre ensemble selon leur longueur. Il en résulte un sac en forme de nacelle auquel on donne plus ou moins de profondeur selon le volume de la hernie. » (Scarpa, p. 360.)

Ainsi le système des bandages à principale pièce concave est préférable dans les cas de hernies ombilicales non réductibles. Si ce système est bien compris, si l'artiste qui exécute l'appareil est habile, et si l'application en est bien surveillée, on peut, dans quelques cas heureux, non seulement contenir la hernie, mais la réduire complètement, et, par grande exception, la guérir. De sorte qu'ici le bandage sera un moyen de réduction, un moyen contentif, et même un moyen curatif.

L'observation d'Arnaud, que je vais transcrire, est une preuve de ce que j'avance. On verra qu'Arnaud diminua peu à peu la concavité de la principale pièce, et, qu'en homme habile, il finit par la rendre convexe, de concave qu'elle était; il obtint un succès inespéré. L'observation que je vais transcrire est une des plus belles que je connaisse, du moins au point de vue pratique.

« Une dame de qualité fut atteinte d'une hernie de l'épiploon, à un travers de doigt de l'ombilic, dans les douleurs d'un accouchement fort laborieux. La tumeur augmenta pendant dix-huit mois, et parvint à la grosseur d'une balle du jeu de paume, de deux pouces de diamètre; elle en avait toute la forme et la dureté. La base en était si étroite, que quelques personnes prirent cette grosseur pour une *tumeur humorale enkystée*. M. Maréchal, premier chirurgien du roi, et M. Pérat, premier chirurgien de la reine, ne se trompèrent pas sur la nature de la maladie. Ils donnèrent à cette dame tous les soins qu'exigeaient son cas et sa condition; rien ne réussit; la tumeur n'augmenta ni ne diminua dans l'espace de six semaines. Ces messieurs me firent l'honneur de m'appeler en consultation. Je jugeai, comme eux, que c'était une épiplocèle; elle n'était accompagnée d'aucun accident, elle était même insensible au toucher et la peau n'avait pas changé de couleur. Mon avis fut de contenir cette hernie de manière qu'elle n'eût pas occasion d'augmenter, et d'empêcher l'intestin de sortir. Je construisis une platine de forme ovale, dont le petit diamètre avait six pouces de hauteur; le grand en avait dix. Le centre de cette platine em-

bouti suivant la grosseur de la hernie, en recevait tout le volume, le reste fut figuré suivant la forme du ventre où elle devait être fixée. Elle était un peu concave à son bord inférieur pour s'adapter à la convexité du ventre, et plate à son bord supérieur pour s'appliquer avec justesse à l'aplatissement de la région épigastrique. Les deux ailes tout à fait concaves s'ajustèrent parfaitement à la convexité des parties latérales de l'abdomen. Toute la partie du bandage excédant sa cavité propre à recevoir la tumeur, servait de point fixe à la totalité de la platine, de façon qu'elle ne pouvait varier dans aucun sens, et que l'épiplocèle était constamment renfermée dans la partie concave du bandage. Le tout fut garni avec soin et soutenu avec une ceinture.

» Trois jours après l'usage de ce bandage, je trouvai, contre mon espérance, la tumeur diminuée de moitié. Je remplis la cavité avec de la charpie mollette. Je visitai ensuite la malade pendant quatre jours pour augmenter la charpie, à mesure que la tumeur diminuait. Le septième jour, après la première application de l'appareil, je substituai un bandage convexe au premier; la malade le porta avec soin. Elle eut plusieurs enfants depuis cet accident, sans en avoir jamais été incommodée. Enfin elle fut tout à fait guérie deux ans après l'application du bandage Arnaud. (*Mém. de chirurgie*, t. II, p. 528 et suiv.)

L'irréductibilité peut être produite par un engouement; c'est alors que le sulfate de magnésie employé avec tant de succès par Legrand d'Arles, pourrait être tenté (1). Monro combinait le jalap et le calomel;

(1) *Académie de chirurgie*, t. IV, p. 265, in-4.

Goursaud préférait une infusion de séné. L'huile de ricin vaut autant que ces moyens.

Les applications froides et astringentes pourraient aussi être tentées; je les ai vues réussir deux fois dans des cas qui semblaient nécessiter la kélotomie; à la vérité des purgatifs avaient été administrés. C'est une raison de plus pour faire concourir les deux moyens au même but. Les lavements purgatifs, les lavements de tabac pour lesquels A. Cooper a une si grande prédilection, doivent être tentés. On sait que le chirurgien anglais ne les néglige jamais dans tous les cas d'étranglement.

Quant cet accident est constaté, on se rappellera les paroles de Boyer qui, ici, s'est rendu l'organe classique des meilleurs praticiens. J'ai déjà cité ces paroles; elles commandent qu'on s'empresse d'opérer, si l'étranglement est constaté.

Avant d'entreprendre l'opération qui consiste à débrider l'anneau ombilical, on devra se rappeler ce que j'ai dit du peu d'épaisseur de la poche herniaire, de la ténuité du sac et de ses adhérences intimes avec les autres enveloppes. Le praticien se rappellera aussi les fréquentes adhérences des parties contenues entre elles et avec le sac.

Enfin on n'oubliera pas les diverses dispositions de l'épiploon qui peuvent lui faire jouer le rôle d'agent constricteur, qui peuvent lui faire masquer une anse intestinale. On considérera aussi le volume de la tumeur et l'étendue du péritoine qu'on aura à mettre à découvert. Ce qui surtout devra toujours être présent à l'esprit de l'opérateur, c'est l'absence de sérosité dans le sac dans le plus grand nombre des cas.

Toutes ces considérations devront engager le praticien à redoubler de prudence, et il sera obligé de modifier quelquefois les divers temps de la méthode générale de la kélotomie.

Le débridement ici a une importance qui a paru moindre que dans les autres hernies, parce que l'anneau ombilical n'est pas en rapport avec des artères comme les anneaux de l'aîne. Mais, par anomalie, les vaisseaux ombilicaux peuvent rester perméables, et on a observé autour de l'ombilic d'autres vaisseaux qui ne sont pas destinés à cette région. Ainsi M. Manec décrit ainsi dans sa thèse inaugurale une de ces anomalies : « Je trouvai une veine particulière, naissant, par une double origine, du côté interne de la fin de l'iliaque externe, et se portant en formant plusieurs flexuosités jusqu'à l'ombilic; là elle sortait de l'abdomen par un éraîlement de la ligne blanche; formait sous la peau une anse de 3 à 4 pouces de longueur; après quoi elle rentrait dans la cavité abdominale par la même ouverture, se plaçait au côté gauche du cordon fibreux qui, après la naissance, représente la veine ombilicale; ne se confondait avec ce cordon que dans le sillon horizontal du foie; enfin, lorsqu'elle était parvenue au niveau du sillon transversal, elle s'ouvrait dans le sinus de la veine porte. »

Voici encore une anomalie qui doit encore être notée ici, et qui a été observée par M. Menière.

« A l'endroit où la veine iliaque externe passe sous l'arcade crurale, une veine du volume du doigt indicateur se détache à angle droit de son côté interne, suit la direction du bord supérieur du pubis jusqu'à la symphyse, de là monte verticalement derrière la ligne

blanche, arrive à l'ombilic, continue sa marche ascendante dans l'épaisseur du bord postérieur du ligament triangulaire du foie, et s'ouvre enfin dans le sinus de la veine porte hépatique largement distendu; cette veine présentait des valvules disposées de manière à faciliter le cours du sang vers le foie. La portion supérieure à l'ombilic était plus épaisse, jaunâtre, opaque; elle semblait n'être autre chose que la veine ombilicale restée perméable (1). »

Il est certain qu'une incision longitudinale qui dépasse en haut et en bas la tumeur, peut suffire pour mettre à nu les parties qu'elle contient, même quand cette tumeur est volumineuse. Si on veut avoir plus de liberté, plus de facilité, on pratique l'incision en T, qu'on transformera, si on le désire, en incision cruciale.

Il n'est guère possible, dans le plus grand nombre des cas, de faire un pli à la peau pour l'inciser d'un coup jusqu'à la base de ce pli. Il faut ici procéder lentement par des entamures répétées faites à la peau, et, comme il y a toujours des endroits où cette membrane est moins distendue, où elle est plus éloignée du sac, on commencera par ces points. Quand, immédiatement sous la peau, on trouve des masses graisseuses, on peut avoir affaire à une espèce de loupe profonde, comme celle qui fut rencontrée par M. Velpeau; on devra alors aller sur ses côtés pour découvrir les points du sac qui ne sont pas revêtus de graisse, ou, si on est obligé de traverser cette masse, il faudra le faire avec les plus grands ménagements.

(1) *Archives de médecine*, t. X, p. 381.

gements, car le sac qui y adhère est très mince, et les organes que celui-ci contient sont très voisins, quelquefois adhérents. Il peut même se faire que le premier organe qui se présente alors soit l'intestin au lieu de l'épiploon. On procède à l'ouverture du sac, en pinçant légèrement la séreuse, et en incisant le tranchant dirigé un peu obliquement en haut.

L'ouverture de cette poche étant faite, on cherche à reconnaître l'arrangement des organes déplacés. Avec le doigt, on saisit un point de l'épiploon qui ne soit pas adhérent, on le soulève, on le déplisse pour l'étaler sur un des bords de la plaie. Si l'intestin existe, il se montre alors. Ce simple changement de rapport des parties suffit quelquefois pour permettre la réduction. On y procédera donc immédiatement.

« Hey, et, depuis lui, presque tous les opérateurs, ont beaucoup insisté pour que la réduction pût commencer par l'intestin, non par l'épiploon, comme le recommande Pott. L'intestin étant sorti le dernier, situé plus profondément, et, en général, plus facile à repousser, c'est lui qu'il convient effectivement de réduire d'abord. Toutefois, si une disposition opposée se rencontrait, si l'épiploon avait plus de tendance à rentrer que l'intestin, je ne vois pas pourquoi on s'obstinerait à suivre la règle posée par Hey (1). »

L'épiploon hypertrophié forme, comme je l'ai déjà dit, une masse quelquefois considérable : on aurait tort de le réduire. Selon M. Bérard, on doit le laisser suppurer dans la plaie, après en avoir ou non enlevé une portion, et plus tard on l'excise et on le réprime à l'aide de caustiques.

(1) Velpeau. *Médecine opératoire*, t. IV, p. 238.

Si l'intestin colon étranglé a des appendices épiploïques qui ont pris une teinte assez foncée pour faire craindre leur mortification, il faut, selon que l'a pratiqué A. Cooper (1), exciser ces appendices avant de réduire l'intestin. Selon M. P. Bérard, si l'intestin est gangrené dans une très petite portion de la circonférence, on peut à la rigueur le réduire. Mais si toute la circonférence de l'intestin est mortifiée, la résection des parties privées de vie et l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, paraissent plus impérieusement réclamées que dans la hernie crurale et inguinale, parce que l'anus contre nature n'offre presque aucune chance de guérison à l'ombilic.

Ici la question de savoir où doit porter le débridement a moins d'importance que quand il s'agit de l'opération des hernies crurales et inguinales. Ainsi, règle générale, on doit débrider, sur le point de l'anneau qu'on découvre le plus facilement, celui qui se prête le mieux à l'introduction des instruments nécessaires à la section de cet anneau. Eh bien ! c'est ordinairement en haut, vers l'appendice xyphoïde. C'est là aussi que le péritoine joue le mieux sur le rebord fibreux ; ce qui fait qu'on devra, comme je le dirai tout à l'heure, préférer ce point pour le débridement *extérieur*. Avec l'extrémité très mince et inoffensive de ma spatule cannelée, on peut contourner une partie du collet du sac, et débrider sur différents points ; appliquer enfin le principe des *débridements multiples*, sanctionné, pour ce qui concerne la hernie ombilicale, par MM. Velpeau et P. Bérard. Je repré-

(1) *OEuvres chirurgicales*, obs. 309.

sente ici cette spatule; sur sa face antérieure est un bistouri couché à plat comme au moment de débrider.



Par le débridement multiple, on craint moins de léser les vaisseaux anormaux que j'ai fait connaître et qui peuvent entourer l'anneau ombilical; on craint moins les éventrations consécutives que par un débridement simplement supérieur; et qui, à cause du volume considérable de la hernie, devrait être d'une certaine étendue.

Le débridement le plus souvent employé, celui que l'on opère, après l'ouverture du sac, est *intérieur*, si on l'oppose à celui dont il va être question, lequel, laissant le sac intact, ne porte que sur l'anneau fibreux, et peut être appelé *extérieur*. Il est évident que par le débridement *intérieur* on fait une plaie tout à fait pénétrante de l'abdomen, et que par le débridement *extérieur*, en épargnant le péritoine, on laisse encore une protection aux organes herniés, et on ne met pas à nu la face interne de la séreuse si facilement inflammable. Les manœuvres de l'opération n'irritent pas alors cette surface, et si, comme cela arrive trop souvent pour la hernie ombilicale, après l'opération, les organes se déplacent encore, ils ne se trouvent pas en rapport avec des corps irritants, ils rencontrent les enveloppes protectrices naturelles. Enfin on est allé jusqu'à identifier l'opéra-

tion par le débridement extérieur à une simple réduction.

Il y a longtemps qu'on a dû songer aux avantages que je viens d'exposer ici, et il n'est aucun chirurgien qui puisse les nier. A. Cooper (1), Bransby Cooper (2) et A. Key (3), ont vanté ce débridement et produit des faits à l'appui. Mon collègue, M. Chassaignac, qui a déjà tant fait pour enrichir notre littérature des productions étrangères, a non seulement traduit l'œuvre de Key, mais il lui a donné une disposition logique qui augmente la force des arguments du chirurgien anglais. Mais, malgré de si imposantes autorités, il a dû être fait au procédé de Key de grandes objections. J'en reproduirai quelques uns.

D'abord on a pu objecter que ce procédé ne pouvait lever l'étranglement du sac. Il est facile de répondre que, dans l'espèce, cette objection n'a pas grande valeur, car l'étranglement par le sac dans la hernie ombilicale est une rare exception. La difficulté de l'opération peut être aussi comptée parmi les arguments contre, à l'ombilic surtout, les adhérences du sac étant si intimes avec les couches sous-cutanées. Mais on répond alors qu'il y a un point, et c'est vers l'appendice xiphoïde où cette adhérence n'est pas marquée, où le péritoine joue suffisamment, pour permettre l'introduction des instruments nécessaires au débridement. A ceux qui objectent que le liquide contenu dans le sac rentrant dans l'abdomen peut déterminer la péritonite, il est répondu que le taxis, sans incision préalable, la simple

(1) *Oeuvres chirurgicales.*

(2) *Gazette médicale*, 1837, p. 505.

(3) *Archives de médecine*, t. IV, p. 497 et suiv.

réduction, a le même inconvénient. La grande objection, qu'on ne pourra jamais lever, je crois, vient de la difficulté de savoir dans quel état sont les parties herniées. S'il s'agissait d'une hernie récente, rien de plus logique que le débridement *extérieur*, surtout s'il n'y avait aucun embarras causé par les parties herniées entre elles, comme cela peut arriver dans la hernie ombilicale. Mais les altérations des parties contenues dans la hernie sont si fréquentes, le temps qu'il faut pour que ces altérations se produisent, ce temps est si peu connu, qu'il restera toujours une certaine crainte dans l'esprit du chirurgien toutes les fois qu'il sera en présence d'une hernie ombilicale, et qu'on lui proposera d'exécuter le débridement extérieur. J'ai vu la gangrène se déclarer si promptement, la rapidité des productions membraneuses est si incroyable, que je ne sais s'il y a, en réalité (qu'on me permette cette façon de dire) des hernies assez récentes pour justifier le procédé de Key. Il est vrai que ce chirurgien répond que les productions membraneuses encore jeunes ne doivent pas faire objection, puisque, par la réduction après le débridement, elles n'empêchent pas la réduction; eh bien ici on les détruit par le taxis. Mais le taxis les détruit aveuglément, tandis que les parties une fois découvertes, on voit les points où portent ses adhérences, et on les déchire alors avec une certaine méthode. Et d'ailleurs on se rappelle, qu'après avoir dit comment on devait ouvrir le sac, j'ai parlé du déplissement de l'épiploon, de la possibilité d'une réduction sans débridement, par le fait seul de certains changements de rapport des parties herniées. Eh bien, cet avantage n'existe pas quand on n'opère pas à ciel ou-

vert. Somme toute, le principe qui a dirigé les bons esprits qui ont préconisé la kélotomie plus ou moins sous-cutanée, le principe est excellent, car il vient de la crainte très fondée de l'inflammation du péritoine qu'on met à nu par le débridement *intérieur*. Mais ce débridement fournit des avantages que le débridement *extérieur* ne peut rationnellement promettre, et la somme des dangers de celui-ci est plus que supérieure à celle des dangers du débridement généralement usité, surtout pour ce qui concerne la hernie ombilicale.

D'ailleurs ceux qui voudraient pratiquer le débridement extérieur imiteraient Cooper, qui a obtenu un beau succès dans le cas suivant :

« La tumeur était très volumineuse et irréductible depuis plusieurs années. Une petite partie de l'intestin y était contenue et s'y étrangla. Appelé auprès de la malade, je proposai l'opération, parce que je voyais que plusieurs heures s'étaient écoulées depuis le début des symptômes, et que plusieurs tentatives infructueuses de réduction avaient été faites. Je fis une très petite incision vis-à-vis le collet du sac; je mis à nu le *fascia* qui recouvrait la tumeur; je passai un bistouri boutonné entre le *fascia* et le sac, et je divisai le premier jusqu'au pourtour de l'anneau ombilical. Poussant alors mon doigt jusqu'au bord de la ligne blanche, je passai le bistouri à travers l'ouverture ombilicale, derrière la ligne blanche, et je fis à celle-ci une petite incision en haut. Alors, retirant le bistouri, je pressai sur la tumeur, qui se réduisit aussitôt.

» Cette opération ne demande pas plus de quatre minutes; elle est accompagnée de moins de danger que

le taxis, et, quand elle est insuffisante, on peut continuer l'opération d'après le procédé ordinaire, en prolongeant l'incision déjà faite (1).

CHAPITRE II.

Hernies épigastriques.

J'ai cherché longtemps pour trouver dans les livres un chapitre, un article, ou un paragraphe dont le titre reproduisit les termes de la seconde partie de ma thèse. Leveillé a fini par me tirer d'embarras. Je trouve, en effet, tome III de la *Nouvelle doctrine chirurgicale*, page 18, § VI, *Des hernies épigastriques*. Ce paragraphe débute ainsi : « Aucune ouverture de cadavre n'a prouvé à Garengéot, à Pipelet, à Chopart, etc., que l'estomac fit partie de cette hernie qu'ils ont appelée *gastrocèle*. Ces praticiens ont même avancé que le viscère ne peut faire saillie sous la peau, tant qu'il contient des aliments, et nous pensons qu'il en est de même lorsqu'il est vide, eu égard à son extrême enfoncement derrière l'appendice xiphoïde. Aussi avons-nous préféré nommer *épigastrique* toute hernie située au-dessus de l'ombilic, sans considérer la partie qui la forme. »

Cette définition était déjà un progrès. Il faut aujourd'hui appeler *hernies épigastriques* celles qui se forment, quel que soit leur contenu, dans l'angle limité par le rebord cartilagineux des premières fausses côtes et dont le sommet correspond à l'appendice xiphoïde. Mais si cette région est

(1) *OEuvres d'A. Cooper*, p. 345.

très matériellement limitée en haut et latéralement, elle ne peut l'être qu'idéalement en bas. C'est ce qui fait que j'appellerai quelquefois *épigastriques* des hernies que d'autres considéreront peut-être comme *ombilicales*, car les classiques disent qu'on donne ce nom à des hernies qui sortent par l'anneau ombilical ou par une ouverture voisine de cet anneau (1). D'ailleurs une tumeur herniaire, d'abord parfaitement renfermée dans les limites de la région épigastrique, peut, en se développant par l'agrandissement de l'ouverture qui lui a fourni passage, devenir aussi ombilicale. Je suis presque porté à croire que cette difficulté de séparer complètement la hernie épigastrique de l'ombilicale a été un peu dans la pensée du jury quand il a voulu qu'on réunît, dans une même thèse, les hernies ombilicales et épigastriques.

Dans la citation du passage de Leveillé on a vu se reproduire un reproche adressé à de grands noms, qui se rattachent à la question que je traite ici. Il est évident, en effet, que Garengot et Pipelet n'ont pas prouvé, anatomiquement, l'existence de l'estomac dans des tumeurs qu'ils appellent hernies de l'estomac. Il y a même ceci de singulier, que dans les recueils de l'Académie de chirurgie, où se trouvent les mémoires de Garengot et de Pipelet, l'observation la plus remarquable, la seule qui soit avec autopsie, celle qui se rapporte le plus à cette question, prouve que ce n'est pas l'estomac qui était contenu dans la poche herniaire, mais bien le colon!

Maintenant je suis obligé de dire que Leveillé va trop loin quand il dit que l'estomac ne peut faire

(1) Boyer, t. VIII, p. 294.

saillie sous la peau, ni quand il contient des aliments, ni quand il est vide.

Ce qui a dû faire souvent croire à la présence de l'estomac dans les hernies épigastriques, c'est la fréquence des symptômes qui se rapportent aux fonctions de cet organe; mais si on pouvait consulter les archives de la science et interroger les praticiens les plus répandus, on verrait qu'avec la tumeur épigastrique ont coïncidé des lésions de fonctions qui accusaient la souffrance d'organes bien éloignés de l'épigastre. Le système nerveux lui-même étant quelquefois ébranlé par cette lésion physique, des malades sont venus quelquefois consulter très sérieusement les grands maîtres pour des douleurs rhumatismales, pour des affections de matrice, pour des pertes séminales, enfin pour les mille maux qui constituent l'hypochondrie, et le tout a souvent disparu, quand le praticien, assez avisé, examinant la région épigastrique, a constaté une tumeur qu'il a réduite et contenue avec un bandage!

Ce que je dis ici montre l'importance et en même temps les difficultés de la question que j'ai à traiter ici. A ces difficultés, qui se lient aux sympathies provoquées par la hernie épigastrique, se joignent des difficultés plus matérielles. Ainsi il se développe, dans les parois de la région épigastrique; des tumeurs qui ont des rapports tels avec les hernies, que plusieurs auteurs les ont nommées hernies graisseuses. Je dois donc en parler ici, mais après avoir traité des hernies proprement dites. Je diviserai donc ce chapitre en deux articles : 1° hernies proprement dites ; 2° hernies graisseuses.

ARTICLE PREMIER.

HERNIES PROPREMENT DITES.

CARACTÈRES DE LA TUMEUR. — On la rencontre plus souvent à gauche de la région épigastrique qu'à droite. Son volume est quelquefois si petit que la tumeur peut longtemps être ignorée par le malade et méconnue par le chirurgien, même après exploration de la région. La hernie d'un petit volume est surtout difficile à reconnaître quand de fortes couches de graisse recouvrent la région épigastrique. La tumeur a quelquefois le volume d'une olive ou celui du poing; enfin elle peut être grosse comme la tête d'un adulte, et constituer une énorme éventration. Si on examine sur le cadavre les petites lacunes laissées entre les fibres de l'aponévrose du grand oblique qui, venant de chaque côté, s'entrecroisent au niveau de la ligne blanche, on voit que ces lacunes sont des carrés longs. Les angles s'effaçant bientôt, la forme oblongue se prononce. C'est aussi cette forme que prennent les hernies, et elles sont ordinairement plus larges à leur racine, ce qui rapproche la tumeur de la forme conique.

C'est le colon transverse qui a réellement été constaté dans cette hernie par Lapeyronie (1). Littre a fait une autre autopsie qui a fourni le même résultat. On comprend que cet intestin, ayant des rapports très directs avec la paroi supérieure de l'abdomen, doit

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, in-4, p. 198.

s'échapper très souvent au dehors quand ces parois s'éraillent, s'affaiblissent.

L'estomac, au contraire, est profondément enfoncé dans la région et vers l'hypochondre gauche, dans l'état de vacuité; il ne proémine en avant que quand il est distendu; or alors, il peut prendre place, si la distension n'est forte, dans une poche déjà grande quand il y a relâchement de la ligne blanche ou commencement d'éventration. Mais il me semble difficile que, dans l'état de plénitude, ce viscère s'insinue dans une éraillure, une lacune, comme celles que j'ai signalées tantôt.

Garengot et Pipelet croyaient avoir prouvé, par des observations, l'existence de l'estomac dans les hernies en question. Mais ces observations, qui renferment certainement des détails relatifs aux lésions physiologiques de l'estomac, ne contiennent rien de très positif sur les caractères physiques. Ces deux académiciens surtout n'avaient pas cité d'autopsie. Cooper lui-même, qui invoque si souvent l'anatomie pathologique, dit seulement que l'estomac se rencontre souvent dans les hernies, mais cela sans preuve directe (p. 355).

Voici d'ailleurs une observation qui contient quelques détails qui sembleraient accuser la présence de l'estomac dans la poche herniaire. On verra qu'il s'agit d'un coup qui avait probablement affaibli toute la paroi antérieure du ventre au niveau de l'épigastre.

Hernie avec vomissement de sang. — Une femme âgée de vingt-trois ans, avait reçu un violent coup à l'estomac, et dès cet instant, la région épigastrique s'était tuméfiée, en même temps que la femme avait rendu du sang par le nez et par la bouche. La tu-

meur avait fait des progrès tous les jours, bien que dès le deuxième jour de l'accident, l'hémorrhagie eût considérablement diminué. Depuis ce temps, la malade n'a rendu de sang que par intervalles, surtout vers le temps de la menstruation, qui n'a cessé d'être dérangée. Cette femme reçue à l'hôpital, on a trouvé la région épigastrique enflée, dure, inégale, douloureuse depuis un hypochondre jusqu'à l'autre. Elle ne pouvait supporter, à la fois, qu'une très petite portion d'aliments liquides, et toutes les fois qu'elle en prenait, la tumeur gagnait en volume; les excréments étaient durs et noirâtres. On prescrivit l'extrait d'if, à la dose de 4 grains, trois ou quatre fois par jour; ensuite on y joignait la masse des pilules de Rufus; enfin on électrisa, et on fit couvrir la région épigastrique de fomentations froides. La guérison fut prompte et durable. (Siebold, *Recueil périodique de littérature médicale étrangère*, tome I, p. 135 et suiv.).

On trouve aussi de l'épiploon dans la hernie épigastrique. On verra dans Scarpa, page 107, l'existence de ce repli péritonéal, prouvée par l'opération qui le mit à découvert.

Le sac herniaire est ici plus mobile que dans la hernie ombilicale; il est quelquefois doublé par de la graisse. A. Cooper en a trouvé une grande quantité dans une dissection qu'il fit d'une de ces hernies (p. 356).

Les couches fibreuses qui peuvent l'envelopper sont d'ailleurs très minces, car on sait à quoi sont réduits dans la région épigastrique et l'aponévrose du transverse, et le *fascia transversalis* et le *fascia superficialis*. Le tissu cellulaire graisseux sous-cutané est ordinairement abondant.

Cette hernie rentre et sort facilement. Les efforts, l'inclinaison en avant la font sortir. La position couchée sur le dos la fait promptement et facilement disparaître. Le volume, la forme de cette hernie varient d'ailleurs.

Le plus souvent, ces changements ont lieu pendant la digestion. Comme je l'ai déjà dit, les fonctions digestives sont troublées par l'existence de cette hernie, et ce sont les douleurs et d'autres symptômes qui peuvent être rapportés à une lésion de l'estomac, qui ont surtout fait admettre la présence de ce viscère dans le sac herniaire. Quand on veut explorer la région épigastrique qui est le siège d'une douleur qu'on suppose être déterminée par une hernie, on place le malade debout; il s'incline un peu en avant, et pendant qu'on applique la main sur le creux de l'estomac, on lui ordonne de tousser. C'est là la meilleure manière de reconnaître les petites hernies qui proéminent alors le plus possible.

J'ai déjà dit en parlant de la hernie ombilicale qu'il fallait regarder de profil pour distinguer la légère bosse qu'elle fait sur la région. Je renvoie à cette partie de ma thèse pour ce qui a trait aux autres caractères symptomatologiques de la tumeur, car ceux de la hernie épigastrique ressemblent beaucoup, sous ce rapport, à ceux de la hernie ombilicale.

ÉTIOLOGIE. — Les hernies épigastriques peuvent être remarquées à tous les âges. M. Malgaigne a vu chez un enfant à la mamelle, une hernie qui bombait en avant pendant des cris et les efforts; on pouvait constater un écartement d'un travers de doigt des muscles droits de l'abdomen. Un cas analogue a été

adressé à M. Jallade-Lafond par M. Cisset. Le médecin ordinaire ne voyait qu'un enfant chétif, généralement débilité par une coqueluche. Un examen du ventre, fait par le confrère que je viens de citer, montra une hernie de la partie supérieure de la ligne blanche, et un bandage confectionné *ad hoc* rendit la santé à cet enfant. Il est évident que ces hernies ne sont au fond que des imperfections natives de la paroi abdominale. Je n'ai trouvé aucun fait qui puisse m'autoriser à admettre des hernies de cette nature observées pendant la vie intra-utérine ; mais quand des enfants de deux mois les présentent, il est bien à supposer que si, avant leur naissance, la tumeur n'existait pas, tout était préparé, alors, pour qu'elle se produisît dans la seconde période de la vie. Les imperfections natives qui doivent nécessairement amener la hernie dont il est question, ont été très bien signalées par A. Cooper. Il parle d'une tumeur d'environ quatre pouces de long sur un pouce et demi de large, située dans la région où la veine ombilicale gagne le foie. La formation de cette tumeur était due, selon Cooper, à l'absence de la portion correspondante de la ligne blanche, sans aucune défectuosité correspondante de la peau (1).

Si à un affaiblissement congénial, aux lacunes aponévrotiques se joignent des efforts fréquemment répétés, des distensions considérables de l'abdomen, comme celles qui sont produites par certaines ascites, on peut supposer qu'il se formera une hernie épigastrique. Le développement de l'utérus pen-

(1) *Oeuvres d'A. Cooper*, p. 356.

dant la grossesse, en refoulant en haut le paquet intestinal, en distendant tout l'abdomen, force le ressort de la partie supérieure de la ligne blanche, qui, sur ce point se trouve peu soutenue, car on sait que dans une certaine étendue de la région épigastrique, le petit oblique cesse de faire partie des parois abdominales, et là aussi les muscles droits présentent leur plus grand écartement. La bande aponévrotique est donc à la région épigastrique et plus large et plus isolée; elle doit donc plus facilement céder, sur ce point, quand les causes déterminantes agissent.

J'ai cité la grossesse qui a ici une grande influence sur la production des hernies, ce qui fait qu'on les observe plus fréquemment chez les femmes. On s'expliquera encore cette fréquence si on considère la plus grande facilité qu'ont les tissus de la femme à se pénétrer de graisse. Ainsi on remarque plus souvent chez elle ces petits pelotons adipeux qui, s'interposant entre les fibres, les écartent, les affaiblissent. A. Cooper et M. Jobert, en parlant des causes de ces hernies, signalent les plaies, les coups portés sur la région épigastrique. L'observation que j'ai transcrite, en parlant des *caractères de la tumeur*, est relative à une tumeur qui s'est produite très promptement, à la suite d'un coup, qui a probablement opéré la rupture des fibres aponévrotiques dans une certaine étendue. Les plaies opèrent encore la division de ces fibres, et après leur guérison reste une cicatrice qui n'a jamais la résistance de la paroi abdominale avant sa division. Ainsi la personne dont parle M. Velpeau dans son *Anatomie chirurgicale*,

et qui eut l'épigastre traversé par une épée sans lésion de l'estomac, ce blessé est resté, probablement, avec une prédisposition à une hernie épigastrique. Les grands efforts rompent quelquefois des fibres de la ligne blanche chez des individus extrêmement robustes et qui semblent ne porter aucune prédisposition à une pareille maladie. Ainsi, il y a à l'hôpital du Midi un infirmier qui porte une hernie de la partie supérieure de la ligne blanche, laquelle s'est produite tout d'un coup pendant qu'il portait un malade qu'il venait de sortir d'un bain. Ce malade saisit avec la main une porte, l'infirmier lui imprima une vive secousse pour lui faire lâcher prise, et à l'instant il sentit un craquement à l'épigastre qui fut suivi de douleur, puis de dérangement dans les fonctions digestives; enfin la tumeur fut constatée.

La disposition congéniale peut être admise, et on peut souvent supposer que l'hérédité joue ici un rôle. Les deux dispositions trouvent un fort appui dans la fréquence d'autres hernies abdominales, quand celle que je dois étudier ici existe. Je vais parler de ces autres hernies.

COMPLICATIONS. — Les premières à examiner sont celles qui sont constituées par des hernies dans d'autres régions de l'abdomen.

« Aucune autre hernie, dit M. Malgaigne, ne s'accompagne aussi fréquemment de hernies différentes sur d'autres points de l'abdomen; ainsi, pour les cinq cas observés sur l'homme en 1835,

- | | |
|---|----------------------------------------|
| 1 | se compliquait d'une inguinale simple; |
| 1 | — d'une inguinale double; |
| 1 | — d'une ombilicale; |

1 se compliquait d'une deuxième de la ligne blanche et d'une inguinale ;

1 — d'une deuxième de la ligne blanche, d'une inguinale et d'une crurale ;

Pour celles des cinq femmes ,

2 s'accompagnaient d'une ombilicale ;

1 s'accompagnait d'une ombilicale et d'un cystocèle ;

1 — de deux autres siégeant également sur la ligne blanche ;

1 — d'une deuxième de la ligne blanche et d'une inguinale.

» Vous voyez qu'à s'en fier à cette série, il n'y aurait pas de hernies isolées de la ligne blanche : ce serait une conclusion téméraire. En effet les exemples n'en manquent pas ; mais vous pouvez seulement tenir pour certain que les complications sont extrêmement fréquentes (1).

Les autres complications de la hernie épigastrique ressemblent beaucoup à celles de la hernie ombilicale. Mais l'épiploon faisant ici moins fréquemment partie de la tumeur, c'est une probabilité de moins en faveur des complications ; car on sait avec quelle facilité ce repli du péritoine s'irrite, s'enflamme, adhère, s'hypertrophie. On rencontre ensuite beaucoup moins d'adhérences entre les autres organes. Si on ajoute l'étendue, relativement plus grande, des diamètres de l'ouverture anormale du ventre, on s'expliquera la moindre fréquence de l'irréductibilité, de l'engouement, de l'étranglement de la hernie épigastrique comparée à la hernie ombilicale.

(1) *Leçons cliniques sur les hernies*, par M. Malgaigne, p. 236.

DIAGNOSTIC. — Ce qui a trait au diagnostic se rapporte surtout aux cas de hernies épigastriques qui, par leurs effets sympathiques ou indirects, simulent des lésions qui n'existaient pas, ou exagèrent les symptômes de ces lésions. On comprend que les femmes qui, en général, se laissent moins facilement visiter offrent le plus de cas de méprises.

J'ai déjà parlé plusieurs fois des symptômes qui semblent partir de l'estomac quand rien n'a prouvé directement que ce viscère fût dans la poche herniaire. Pour ce qui est des autres lésions, voici quelques faits qui présentent un intérêt pratique :

Au mois de mai 1837, M. le professeur Trousseau fut consulté par une dame de Moulins, atteinte d'une dilatation de toute la partie de la ligne blanche qui s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Dans les contractions musculaires, le rapprochement des muscles droits faisait boursoufler cette tumeur, en lui donnant la forme d'une bourse à deux extrémités rétrécies.

Cette dame, âgée de trente-et-un ans, portait cette tumeur depuis l'âge de vingt-trois ans; elle l'avait constatée à la suite d'une couche, mais sans y attacher aucune importance : depuis lors, ses digestions avaient toujours été lentes, difficiles, pénibles; la constipation opiniâtre, les douleurs de tête atroces; par intervalles, des vomissements et des diarrhées abondantes. Le médecin de Moulins avait vu là une gastro-entérite chronique, contre laquelle il avait employé la sévérité du régime, sans amener aucune modification dans la santé de cette dame, qui avait, au contraire,

passé d'un état d'embonpoint raisonnable à une maigreur considérable.

M. Trousseau reconnut la cause, et adressa cette malade à M. Jallade-Lafond fils, qui construisit un appareil prenant un point d'appui sur les fausses côtes, de manière à rapprocher les côtés des muscles droits. L'application seule de cet appareil rétablit l'intégrité des digestions.

Depuis lors, M. J. Lafond a revu cette dame deux fois. La dernière, en 1841 : elle avait alors repris sa santé, son embonpoint.

Une jeune dame, de dix-huit à dix-neuf ans, éprouvait parfois de la pesanteur à l'estomac ; les digestions étaient généralement difficiles, la diarrhée fréquente. Elle se plaignait de douleurs continuelles dans la tête ; les moindres mouvements étaient difficiles, douloureux et accompagnés de fleurs blanches abondantes. Elle était pâle, émaciée, et se plaignait d'un violent mal de gorge caractérisé par un sentiment de sécheresse et de brûlure ; l'on avait eu recours à des médications de divers genres ; on avait fait une médication locale et générale. On avait surtout insisté sur l'emploi des injections astringentes.

Les règles étaient venues pâles, irrégulières, peu abondantes ; les couleures étaient revenues par intervalles, mais l'état général de débilité était toujours revenu.

Dans l'espoir d'un changement heureux, on l'avait mariée cinq mois avant, sans résultat heureux.

Le médecin du mari reconnut, à l'examen de l'épigastre, la présence d'une légère tumeur qui se gon-

flait, du reste, par le moindre effort de toux. Lorsqu'elle fut présentée à M. Lafond pour avoir un bandage compressif, à pelote plate, cette tumeur pouvait s'étendre, en hauteur, de 7 à 8 centimètres, sur 5 de largeur; elle ne faisait pas une saillie d'un centimètre. Ce bandage fit disparaître tous les symptômes.

Un jeune homme de vingt-quatre ans est venu l'an dernier, c'est-à-dire en novembre 1846, consulter M. Ricord. Le médecin ordinaire admettait des pertes séminales, et cet état durait depuis plusieurs années. M. Ricord reconnut l'existence d'une tumeur épigastrique s'étendant de la partie supérieure de la ligne blanche au rebord des fausses côtes du côté gauche. L'appareil compressif a rétabli la santé la plus complète en moins de cinq mois.

Une malade de M. Michon, habitant un endroit humide, attribuait les accidents qu'elle éprouvait à un vice rhumatismal, et, après avoir longtemps nié l'existence d'une tumeur, elle ne se soumit à l'emploi d'un bandage qu'en protestant contre son inutilité (1).

J'ai déjà cité une observation qui prouve que l'ingestion dans l'estomac développait la tumeur, c'est ce qui m'a fait admettre la possibilité dans ce cas d'une hernie de ce viscère. On devrait mettre à profit ici ce fait, les recherches consignées dans la thèse de M. Fabre, élève de M. P. Bérard et celles de M. Piorry. Il résulte de ces travaux qu'un liquide ingéré dans l'estomac développe la tumeur, qui, au lieu d'être sonore, devient mate par l'arrivée du liquide dans sa cavité.

(1) Je dois les notes sur des hernies épigastriques qui ont simulé d'autres maladies à l'obligeance de M. le docteur Jalade-Lafond.

On comprend qu'un abcès des parois abdominales pourrait, à la rigueur, donner d'abord l'idée d'une hernie de l'épigastre, s'il se produisait dans cette région; mais un examen attentif de la tumeur, et les antécédents feraient bientôt cesser la méprise. Il y a un abcès qui peut être produit par du pus formé dans le médiastin antérieur, et qui, glissant en bas, pourrait arriver jusque dans la gaine du droit antérieur, et là la tumeur pourrait avoir des caractères assez indolents pour simuler une hernie. Ces cas doivent être extrêmement rares.

Abcès du foie pris pour une hernie (observation par le docteur Horner). — « Robert Miles, âgé de cinquante-quatre ans, petit mais robuste, sujet à des nausées qui ne se manifestaient qu'à de longs intervalles, et affecté d'hémorroïdes, fut pris, le 1^{er} décembre 1832, de symptômes dyssentériques qui disparurent en seize jours sous l'influence d'un traitement prescrit par le docteur Horner. Ces symptômes paraissaient liés à une tumeur élastique d'un pouce de diamètre, située sur le trajet de la ligne blanche à la région épigastrique; cette tumeur fut prise pour une hernie de l'estomac ou du colon; elle diminua peu à peu pendant la convalescence, et disparut entièrement au bout de quelques semaines.

» Le 25 mai 1833, Robert Miles éprouva des coliques suivies de diarrhée; ces derniers symptômes persistèrent assez longtemps. Le 18 juillet, vive douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit; fièvre. Le lendemain, affaiblissement, émaciation, visage pâle et défait, pouls fréquent et faible, température des pieds et des mains abaissée, douleur obtuse dans

L'hypochondre droit, sensation de plénitude après avoir mangé; décubitus sur l'un et l'autre côté sans percevoir ni sensation de pesanteur, ni tiraillements; toux nulle, anorexie, digestion imparfaite, frissons légers et irréguliers dans la journée, paroxysme fébrile chaque soir, suivi de transpiration; langue blanche, insomnie, sécrétion biliaire viciée, selles fréquentes, écumeuses, semblables à de la levûre de bière, variables pour la couleur; engorgement et induration du foie, intelligence intacte. Amélioration sous l'influence d'un traitement mercuriel; mais la tuméfaction en fait resta la même.

» Il se forma un abcès, que le docteur Horner ponctionna enfin après plusieurs alternatives du bien et du mal; le malade succomba, et à l'autopsie on constata bien que l'abcès siégeait dans le parenchyme du foie (1). »

Ayant à faire un article sur les tumeurs graisseuses qui peuvent simuler les hernies épigastriques proprement dites, je n'ai rien à en dire ici.

PRONOSTIC. — Tout ce que j'ai dit sur la moins grande fréquence des complications des hernies épigastriques comparées aux hernies ombilicales, ce que j'ai dit sur l'étranglement, doit faire considérer ici le pronostic comme moins grave. Mais on a remarqué que quand l'étranglement des hernies épigastriques se produit, les désordres qui en sont la conséquence marchent plus rapidement.

Voici d'ailleurs les résultats de l'autopsie du sujet de l'observation de La Peyronie, observation qui fait

(1) *Archives générales de médecine*, t. VI, p. 111, 1834.

suite au mémoire de Pipelet. On verra ici une altération très remarquable du colon qui a été pour beaucoup dans l'issue funeste.

« A l'ouverture du corps l'intestin colon, dit La Peyronie, parut dans son état naturel, depuis son commencement jusque vers le milieu de son arc, qui répond à peu près au fond de l'estomac. En cet endroit, la cavité de cet intestin avait la moitié moins de diamètre que l'iléon n'en a ordinairement. Il était sans cellules, ses membranes étaient de moitié plus minces qu'à l'ordinaire; il avait acquis en longueur ce qu'il avait perdu en grandeur de son diamètre et de l'épaisseur de ses membranes. Sa direction était aussi changée; il descendait de la longueur d'un pied, pour former la hernie ventrale, où il était adhérent par une partie de l'épiploon et par quelques appendices graisseuses, exactement collées à la surface intérieure de la portion du péritoine qui formait le sac herniaire. Au sortir de la tumeur, le colon, toujours aussi étroit et aussi aminci, faisait une circonvolution en remontant vers le fond de l'estomac, où il était parvenu, il reprenait son étendue, sa forme et sa route ordinaires. » (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV in-4°, p. 199.)

La hernie ombilicale, même celle de l'adulte, ayant été guérie radicalement, et ne connaissant, quant à moi, aucun fait qui prouve une pareille cure d'une hernie épigastrique, je considère, à ce point de vue, le pronostic de celle-ci comme étant plus grave.

TRAITEMENT. — La thérapeutique de la hernie épigastrique est basée sur les mêmes principes de celle de la hernie ombilicale de l'adulte, avec des modifi-

cations dans les moyens qui sont indiqués par la conformation de la région. Quelquefois elle représente un véritable creux, dont le contour est représenté par les cartilages costaux qui sont saillants. Il faut alors plus ou moins de convexité à la partie du bandage qui porte sur la région. Quelquefois elle est bombée : il faudra à la pelote une disposition contraire. L'ouverture de l'aponévrose étant souvent losangique, s'il est indiqué d'introduire une pelote dans l'ouverture, elle devra être moulée sur cette ouverture. D'ailleurs, le plus souvent ce sont des pelotes concaves qui sont employées ; car la hernie épigastrique est souvent une éventration volumineuse qui ne peut supporter longtemps la compression des pelotes, d'autant mieux qu'on a remarqué que la hernie était généralement plus sensible, plus facilement douloureuse que les autres hernies. C'est pour la hernie qui m'occupe qu'on a surtout imaginé de prendre des points fixes sur la poitrine par des corsets, ou sur les épaules, par des espèces d'énormes suspensoirs, comme la modification que j'ai décrite d'après Scarpa, à l'article HERNIE OMBILICALE.

Voici d'ailleurs une observation curieuse au point de vue du diagnostic et du traitement. On verra ici un corps de baleine faire l'office de bandage compressif.

« Une dame, âgée d'environ trente ans, avait été sujette dès sa plus tendre jeunesse à des douleurs d'estomac, accompagnées de vomissements. L'usage du corps de baleine reprima ces accidents. Après le mariage, elle fut moins exacte à porter le corps, et éprouva les mêmes accidents que son usage avait fait

disparaître; mais on les attribua à un commencement de grossesse. Ils continuèrent tout le temps qu'elle porta son enfant, et l'accouchement ne l'en délivra point. Je fus appelé par M. le Stoc, médecin, environ deux mois après la couche : la malade souffrait des spasmes et des vomissements, allait très rarement à la garde-robe, et ne digérait pas même le bouillon; elle était presque dans le marasme et retenue au lit par cet épuisement. M. le Stoc soupçonnait une hernie ombilicale; dans mes recherches, je sentis une tumeur très petite, située dans la ligne blanche, un peu au-dessous du cartilage xiphoïde. Je ne doutai pas que ce ne fût une portion de l'estomac retenu; j'en fis la réduction. La malade fut laissée à mes soins; j'eus la satisfaction, dès l'instant de l'application du bandage, de voir cesser tous les accidents; la digestion se fit peu à peu, les forces revinrent, et la malade ne s'est ressentie d'aucun des accidents qui dépendaient essentiellement de cette hernie : depuis trois ans, le bon état de sa santé s'est parfaitement soutenu (1). »

ARTICLE II.

HERNIES GRAISSEUSES.

Morgagni est le premier, que je sache, qui ait bien observé la hernie graisseuse de l'épigastre; mais, il faut en convenir, son attention avait été éveillée sur

(1) Pipelet, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, in-4, p. 196.

ces singulières tumeurs par les observations de deux auteurs qu'il cite, Schulze et Petsche. L'observation la plus remarquable de Morgagni est relative à un prince qui, entre autres incommodités, avait beaucoup « de vents et des distensions hypochondriaques du ventre. » Selon les médecins du prince, il était affecté d'une *épiplocèle un peu au-dessus de l'ombilic et à la partie gauche*. Les questions adressées par Morgagni au malade n'étant pas de nature à confirmer ce jugement, Morgagni s'abstint. Après la mort du prince, on trouva qu'il s'agissait d'une tumeur graisseuse des parois de l'abdomen et non d'une épiplocèle.

Pelletan a bien étudié ces espèces de tumeurs; il cite Morgagni et les faits qui étaient à la connaissance de ce dernier; il dit comment l'Académie de chirurgie se refusait à croire à ces hernies. Enfin l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu explique comment elles peuvent entraîner le péritoine, lui faire former un sac, qui est le commencement d'une hernie proprement dite (1). J'exposerai bientôt ce mécanisme. Klinkosch, Fardeau, Laënnec, Lawrence, Scarpa, Béclard, Ollivier d'Angers, M. Bigot d'Angers, MM. P. Bérard, Dupuytren, Velpeau, Cruveilhier, Jobert, etc., ont observé et décrit de ces tumeurs.

Selon M. Velpeau, cette hernie apparaîtrait le plus souvent entre le sternum et l'ombilic, c'est-à-dire dans la région épigastrique; c'est ce qui m'a déterminé à en parler plus particulièrement dans ce second chapitre de ma thèse. La fréquence de ces tu-

(1) *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 33 et suiv.

meurs, au-dessus de l'ombilic, vient de ce que souvent elles sont constituées par un développement exagéré de la graisse qui se trouve entre le ligament hépatique, et de ce que, sur ce point, comme je l'ai déjà dit ailleurs, la ligne blanche perd plus facilement son ressort, et laisse plus facilement écarter ses fibres. M. Velpeau a observé une tumeur graisseuse qui avait ce point de départ. Je citerai bientôt, avec détail, une observation analogue de M. Fardeau, et il a déjà été question d'un fait semblable appartenant à M. le professeur J. Cloquet.

Le volume des hernies graisseuses est celui d'une noix allant quelquefois jusqu'à celui d'un œuf, pouvant aller au-delà, mais rarement. Celle qui a été disséquée par Laënnec, et dont je donnerai bientôt la description, avait le volume d'une pomme de moyenne grosseur. Elles sont globuleuses, à surface égale ou légèrement bosselée. La partie la plus voisine des parois abdominales se rétrécit souvent sous la forme d'un pédicule qui ressemble beaucoup à celui de la tumeur formée par l'épiploon, surtout quand celui-ci est depuis quelque temps dans un sac hernié et quand la hernie est irréductible : c'est même cette grande analogie qui est la source de l'obscurité qui règne quelquefois sur le diagnostic différentiel de ces tumeurs et des hernies proprement dites. Les tumeurs graisseuses sont quelquefois multiples : M. Fardeau en a constaté deux à l'épigastre, et six ailleurs, sur le même individu.

Les tumeurs graisseuses qui ont assez de rapport avec les hernies pour mériter ce nom, ont pour point de départ du tissu adipeux déposé sur la face externe

du péritoine. On comprend qu'à mesure que le dépôt adipeux augmente, il doit agir plus ou moins sur les parois abdominales, poussé qu'il est par les viscères. Les points de ces parois, qui sont en rapport avec la tumeur, doivent peu à peu s'affaiblir. Cet affaiblissement pourrait être favorisé, produit par une blessure, comme cela a été noté par Ollivier (d'Angers) dans une observation qui avait pour sujet un militaire blessé en Espagne (1).

L'affaiblissement, l'éraillure, pourraient d'ailleurs coïncider avec la production graisseuse, c'est-à-dire avoir une origine plus ou moins voisine de la première période de la vie : on voit alors le tissu graisseux sous-péritonéal communiquer avec le tissu graisseux sous-cutané, par des ouvertures analogues à celles qui établissent les communications vasculaires entre les couches profondes et les couches superficielles des parois abdominales. Ces ouvertures, quelle que soit leur origine, s'agrandissent à mesure que la tumeur augmente de volume et qu'elle devient plus extérieure. Cette tendance de la tumeur à marcher, à se développer du côté de la peau et son adhérence par sa face profonde ou par son pédicule au péritoine, font prévoir un résultat fâcheux, savoir, la formation d'un véritable sac, c'est-à-dire le commencement d'une hernie proprement dite, laquelle devient alors une véritable complication.

Pelletan a bien compris et ingénieusement comparé la formation de ces tumeurs à la sortie du testicule et l'entraînement du péritoine, formant ici un sac, à l'entraînement du péritoine qui, descendant

(1) *Additions à Scarpa*, p. 110.

vers les bourses, forme la tunique vaginale. Je vais laisser parler Pelletan :

« Si la description des tumeurs graisseuses a été bien faite, on doit comparer leur sortie et l'entraînement du péritoine fermant l'anneau à ce qui arrive aux testicules, qui, situés avant la naissance dans le tissu cellulaire du péritoine qui avoisine les reins, et recouverts du péritoine qui leur donne une tunique extérieure, descendent en se dirigeant vers les anneaux, traversent ces ouvertures en entraînant le péritoine qui les oblitère, et forment, par ce moyen, le prolongement de cette membrane appelée improprement tunique vaginale du testicule. D'où il résulte que ces organes font bosse dans la tunique vaginale; mais ils sont effectivement situés hors d'elle, et dans son tissu cellulaire postérieur. On sait aussi que cette tunique vaginale communique librement dans le ventre, jusqu'à ce que la nature en ait opéré l'adhérence et la clôture vis-à-vis l'anneau; enfin, au défaut de cette clôture, l'enfant est exposé à la hernie congénitale. Au lieu du testicule descendant du voisinage du rein, dites une masse graisseuse continue, un tissu cellulaire qui joint le péritoine à la vessie urinaire, et vous aurez le mécanisme parfaitement semblable du passage de ces parties par l'anneau, et de la formation du sac du péritoine qu'elles ont entraîné. » (Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 35.)

Dans les sacs ainsi formés, on peut trouver tout ce qu'on rencontre dans les autres hernies. On peut rencontrer des sacs très graisseux; ils se confondent quelquefois, par des nuances qu'on ne peut pas toujours distinguer, avec les tumeurs graisseuses. Un sac

ainsi doublé de graisse a été disséqué par M. Jobert, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que ce sac contenait de l'épiploon; de sorte qu'ici les deux opinions qui auraient pu être émises auraient chacune trouvé une satisfaction; car, à la rigueur, il y avait hernie graisseuse et hernie épiploïque. Je ferai remarquer que la même femme avait une hernie ombilicale dont le sac n'était en rapport extérieurement avec aucune graisse (1). Ce qui peut jeter la plus grande obscurité dans le diagnostic et exposer à une méprise pendant l'opération, c'est l'existence, dans le sein même de la tumeur graisseuse, de poches, de quelques kystes qui peuvent faire croire qu'on est arrivé dans un véritable sac quand on a ouvert ces kystes. Le véritable prolongement du péritoine est plus profond quand il existe, et il peut contenir une portion d'un viscère ou de l'épiploon. M. Velpeau a observé un fait analogue.

Voici l'observation de M. Fardeau, dans laquelle il est prouvé que huit hernies graisseuses existaient sur le même individu. Je ne relaterai que ce qui a trait aux hernies épigastriques.

« Le 15 nivôse dernier, j'eus occasion de disséquer à l'Hôtel-Dieu le cadavre d'un sujet âgé de soixante ans, de 5 pieds 4 pouces, très musculeux, mort à la suite d'une chute à la renverse sur un escalier de pierre; l'occipital avait été fracturé du côté gauche, depuis la moitié de l'arcade demi-circulaire supérieure jusqu'au pariétal, 2 pouces au-delà de la suture.

(1) Jobert, *Méd. chir. Du canal intestinal*, t. II, p. 446.

» En examinant l'abdomen, je remarquai une tumeur graisseuse située au-dessous de l'appendice xiphoïde; je la disséquai; le corps était gros comme une noix, et le pédoncule comme deux plumes à écrire. Je suivis ses racines à environ 4 pouces de circonférence dans le péritoine; elles allaient toujours en divergeant, et finissaient par se consumer, tapissant les environs de l'ouverture qui le serrait assez fortement dans le système général des vaisseaux de cet organe.

» A 2 pouces au-dessus de l'ombilic, j'en trouvai une seconde présentant le volume d'un œuf, mais un peu plus allongée, de manière que la grosse extrémité était en bas; elle me parut plus résistante que l'autre. La dissection que j'en fis avec beaucoup de soin, me montra encore une pelote d'une graisse bien sèche, bien jaune; l'ouverture qu'elle s'était pratiquée à travers la ligne blanche, présentait une direction transversale avec des bords arrondis, comme une ouverture naturelle, dans un anneau, par exemple. J'y introduisis le petit doigt, je fendis la tumeur en deux sens, j'y vis une quantité innombrable d'artérioles et de veinules qui formaient, au milieu de cet anneau contre nature, un faisceau considérable de couleurs rouge et bleue; il s'étendait dans l'épaisseur du ligament suspenseur du foie, jusqu'à la grande scissure de ce viscère, dans laquelle on remarquait une quantité considérable de graisse. Tous les vaisseaux allaient toujours en cachant davantage leur origine dans la face concave du foie; le pédoncule de la tumeur recevait aussi un grand nombre de vaisseaux sanguins du

péritoine, tapissant les environs de l'ouverture qui le serrait assez fortement (1).

J'ai déjà fait entrevoir les difficultés qu'on peut rencontrer dans le diagnostic différentiel des hernies proprement dites, et des hernies graisseuses. C'est surtout avec les hernies épiploïques non réductibles qu'on peut confondre ces fausses hernies. Selon Scarpa, les hernies graisseuses seraient plus dures que les épiplocèles. Mais qui ne sait toutes les modifications de consistance que peut subir l'épiploon hernié? J'ai dit les difficultés qu'il y avait quelquefois quand, sortant à peine de l'abdomen, ce repli péritonéal se mêle à une couche très épaisse de graisse dont la paroi abdominale est quelquefois couverte. Il se mêle si bien à ces pelotons graisseux extérieurs, qu'il y a les plus grandes difficultés de le distinguer. Quand, au contraire, ce repli péritonéal est sorti depuis longtemps et irréductible, il simule absolument les tumeurs graisseuses, il peut offrir enfin tous les caractères d'un lipôme. Il faut donc avoir égard aux antécédents, lesquels ne peuvent souvent être exactement connus; car il est rare que le malade puisse bien indiquer la marche qu'une tumeur a suivie dans son développement. Et d'ailleurs, est-ce que l'épiplocèle ne suit pas quelquefois une marche extrêmement lente, comme celle de la hernie graisseuse?

Un renseignement bien précieux serait celui qui pourrait nous apprendre que, dans les premiers temps, la tumeur, pendant la position horizontale, rentrait d'elle-même. Mais il ne faudrait pas croire, pour cela,

(1) *Journal de Sédillot*, 1^{re} série, t. XVIII.

que la réductibilité soit un caractère qui distingue absolument la hernie proprement dite de la hernie graisseuse; car l'exemple très remarquable que je vais emprunter à Laënnec pourrait vous détromper. On va voir bientôt une tumeur graisseuse entrer et sortir du ventre comme une épiplocèle; ce qui d'ailleurs a déjà été prouvé par le fait de M. le professeur Denonvilliers. Selon M. le professeur P. Bérard, les hernies graisseuses ne troublent pas les fonctions de l'estomac. Mais, réfléchissant que ce signe négatif pourrait très bien être fourni par certaines épiplocèles irréductibles, M. Bérard ajoute qu'il faut comprimer la tumeur entre les doigts; elle est insensible si c'est une hernie graisseuse; tandis qu'il y aurait douleur s'il y avait hernie étranglée. M. Bérard recommande bien de comprimer latéralement et non d'avant en arrière, parce que, s'il y avait une péritonite, cette manœuvre déterminerait de la douleur, ce qui pourrait laisser penser que le siège de cette modification de la sensibilité est dans la tumeur même (1). Mais ce signe, qui a sa valeur dans les cas où on suppose un étranglement, ne peut guère être utile dans les autres hypothèses.

Voici maintenant le fait de Laënnec : Une femme, morte d'une maladie aiguë à l'hôpital de la Charité, avait, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur du volume d'une pomme de moyenne grosseur, que l'on faisait rentrer entièrement dans l'abdomen par le taxis; on pouvait ensuite la faire reparaitre en pressant fortement les flancs du cadavre. Ces caractères semblaient ne laisser aucun

(1) *Diction. en 21 vol.*, nouv. édit., art. OMBILIC.

doute sur l'existence d'une hernie ombilicale; mais, après que la peau eut été incisée, je vis avec surprise que cette tumeur était formée par une masse graisseuse, développée dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui touchait immédiatement au péritoine dans une partie de sa surface, à raison d'un écartement presque circulaire et de la largeur de l'angle, que les fibres aponévrotiques laissaient en cet endroit. La tumeur, pressée, franchissait avec assez de facilité cette ouverture, et se logeait entièrement entre le péritoine et les muscles droits. La graisse, qui formait cette tumeur, était plus ferme et d'une couleur un peu plus foncée que les graisses voisines, dont elle était séparée par une couche de tissu cellulaire assez épaisse (1).

Ainsi les analogies si grandes des tumeurs graisseuses avec les hernies épiploïques pourraient conduire le praticien à conseiller un bandage et obliger le malade aux inconvénients de ce moyen. Mais l'erreur peut avoir une conséquence plus grave, celle de porter la chirurgie à pratiquer inutilement une opération qui pourrait augmenter les dangers auxquels le malade est déjà exposé. Cette erreur peut être commise quand la tumeur graisseuse coïncide avec une affection aiguë de l'abdomen, surtout avec des symptômes de péritonite dont la plupart se confondent si bien avec ceux de l'étranglement herniaire. En parlant des hernies ombilicales, j'ai cité un fait qui donna occasion à M. le professeur Denonvilliers de faire cette remarque pratique. M. Ollivier d'Angers

(1) *Note sur une nouvelle espèce de hernie que l'on pourrait appeler intra-péritonéale*, lue à la Société de l'École de médecine de Paris. Dans le traité de Scarpa, traduction de M. Cayol, p. 397.

relate très au long un cas où la tumeur graisseuse, ayant été prise pour une hernie étranglée, on opéra le débridement. Le malade mourut; on constata d'abord la tumeur graisseuse, et on trouva, outre d'autres lésions, les caractères anatomiques d'une péritonite. J'ai déjà parlé du sujet de cette observation quand il a été question d'une blessure qui pouvait favoriser le développement extérieur d'une tumeur graisseuse. MM. P. Bérard, Velpeau, ont observé des cas analogues. Ainsi M. Velpeau cite une observation qui prouve que la péritonite semblait avoir pour point de départ une ancienne affection des ovaires.

La tumeur elle-même peut être le siège ou le point de départ de douleurs et d'une inflammation qui s'étend plus ou moins loin du côté du péritoine. Ainsi Béchard trouva, sur le cadavre d'un homme de soixante ans, une tumeur graisseuse passant par une petite ouverture de la ligne blanche, à un pouce audessous de l'appendice xyphoïde. Ce professeur ne put obtenir aucun renseignement sur les symptômes qui avaient eu lieu pendant la vie; mais les adhérences qui existaient entre la tumeur graisseuse et l'ouverture qui lui avait livré passage, ainsi que les traces d'un vésicatoire anciennement appliqué sur la tumeur, firent penser, avec raison, qu'elle avait dû déterminer des douleurs pendant la vie. Ce fait a été consigné dans la thèse de M. Bigot (d'Angers). « Il est difficile, dans ce dernier cas surtout, d'attribuer les douleurs à une autre cause qu'à l'inflammation, qui avait laissé des marques évidentes de son existence. » (Scarpa, note du traducteur, *loc. cit.*, pag. 113.)

M. Cruveilhier rapporte un cas qui prouve en même

temps une méprise et un succès : « Un homme vint à l'Hôtel - Dieu pour des coliques habituelles qu'il éprouvait depuis plusieurs années : on reconnaît une petite hernie au-dessus de l'ombilic ; on croit à une hernie de la ligne blanche, et on trouve seulement un paquet graisseux qu'on emporta. Dès ce moment les coliques ont disparu. » (*Essai sur l'anat. path.*, t. II, p. 268.)

Mais un fait plus important est celui-ci, car il est plus détaillé et contient la circonstance, indiquée par la malade, d'un développement de la tumeur pendant des abus d'aliments farineux. On trouve ce fait dans le livre de Scarpa : « On amena il y a quelques années, dit ce grand maître, dans cette école de chirurgie pratique une femme âgée de cinquante-cinq ans, assez grasse, mais ayant la fibre molle, et éprouvant depuis longtemps des symptômes d'hystérie. Cette femme avait été prise, la nuit précédente, d'une colique intestinale très violente, qu'on attribuait à l'étranglement d'une hernie ; on remarquait, en effet, au-dessous de l'ombilic, au côté gauche de la *ligne blanche*, une tumeur du volume d'une grosse noix, sans aucun changement de couleur à la peau. La malade avait le ventre tendu et douloureux au toucher, les extrémités froides, le pouls petit et concentré ; elle avait, de plus, des nausées, de la propension au vomissement, et ses déjections alvines étaient supprimées. Quoique sujette depuis longtemps aux douleurs de ventre, elle disait n'en avoir jamais souffert d'aussi irritantes que celles qu'elle éprouvait depuis la veille ; elle les attribuait à l'usage immodéré d'aliments farineux et de légumes mal cuits ; il lui semblait, en

outre, et ces sortes d'illusions ne sont point rares dans les grandes souffrances que depuis l'invasion des coliques la petite tumeur avait sensiblement augmenté de volume et était devenue douloureuse. Persuadé que c'était une véritable hernie de la ligne blanche, et sachant par expérience que les hernies de cette espèce, de même que celles de l'ombilic, sont très promptes à se gangrener, je procédai sur-le-champ à l'opération. Mais après l'incision des téguments, je ne trouvai pas la plus légère trace de sac herniaire; toute la tumeur consistait en une petite masse de graisse durcie et portée sur un pédicule qui traversait la ligne blanche : je l'emportai d'un coup de ciseau, et je demurai alors bien convaincu de la véritable nature de la maladie. Les bains tièdes, les clystères émollients et l'usage de l'huile de ricin à petites doses souvent répétées, rétablirent les évacuations alvines, et la colique disparut en peu de temps. La petite incision fut promptement cicatrisée. » (Scarpa, p. 339.)

La coïncidence d'une tumeur graisseuse de l'abdomen et des symptômes de la péritonite soulève une question très grave et place le praticien dans l'alternative de pratiquer une opération inutile, dangereuse, ou de s'abstenir dans un cas où la médecine opératoire est très puissante. Voici la solution pratique que l'illustre chirurgien de Pavie a donnée :

« Je dois rappeler aux jeunes praticiens que, dans le cas où le diagnostic est obscur et laisse en doute sur la véritable nature de la tumeur, on ne doit pas hésiter à la mettre à découvert. L'opération ne peut causer aucun accident au malade; tandis que, s'il existait réellement une hernie étranglée, le plus léger retard pourrait lui être très préjudiciable. » (Scarpa, addi-

tions au *Mémoire sur la hernie ombilicale*, loc. cit., pag. 109.)

Je respecte fort l'autorité de Scarpa, et je pense, je professé que, dans les cas douteux, l'avis des grands maîtres doit être surtout écouté. Seulement je ne puis complètement me persuader qu'une opération qui consiste à inciser le ventre quand il y a déjà péritonite, ne puisse causer *aucun accident*, c'est-à-dire qu'elle ne puisse pas aggraver l'état du malade. Ceci doit engager le jeune praticien à rechercher avec le soin le plus minutieux les antécédents ; il devra surtout s'enquérir du point de départ de la douleur abdominale, des maladies qui ont précédé la péritonite ; il devra porter son attention sur les maladies graves qui ont pour caractère anatomique des ulcérations de l'intestin. S'il s'agit d'une femme, on dirigera son attention du côté des ovaires, de la matrice, car on sait que des kystes des ovaires peuvent s'ouvrir dans l'abdomen et donner lieu à des péritonites. Des tumeurs de la matrice en voie d'élimination peuvent produire la même phlegmasie ; on a même vu la péritonite éclater après la chute spontanée d'un polype de l'utérus. Il est bien entendu que, si on avait déjà pratiqué une opération sur un point de l'abdomen, on devrait avoir le plus grand égard pour cette circonstance.

Quand la tumeur graisseuse est indolente, quand elle n'offre que les caractères d'une loupe, on devra la respecter. On devra toujours se rappeler ses connexions intimes avec le péritoine et la possibilité de l'inflammation de cette séreuse, même quand sa face interne n'a pas été mise à nu.

FIN.