



UNIVERSITE DE BORDEAUX  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 111

# LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE ÉTRANGLÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juin 1924

PAR

**Léopold ROUSSEAU**

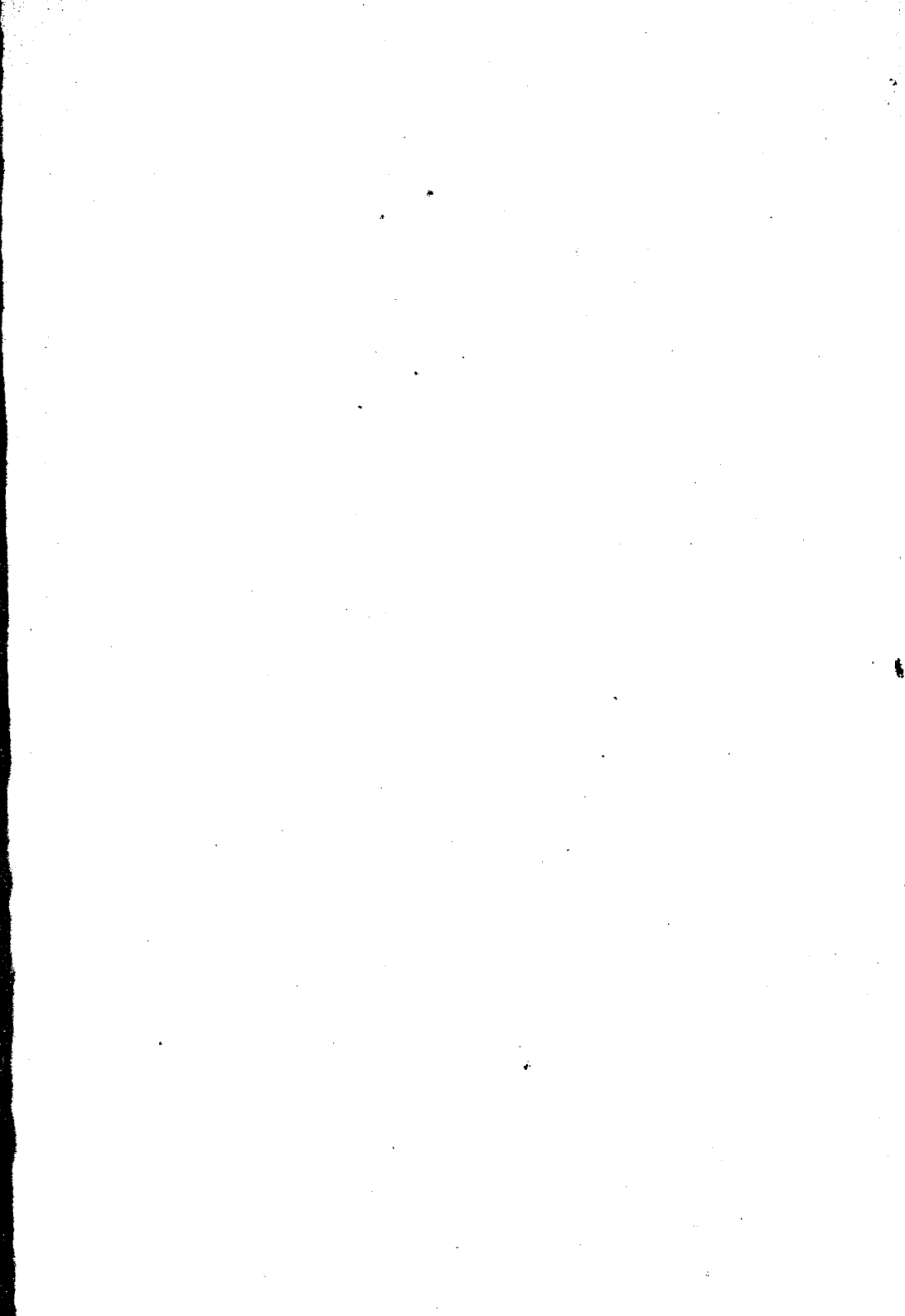
Né à BIGNOUX (Vienne), le 8 Mai 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		SABRAZES, professeur.....	Juges.
		RÉCHOU, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	



BORDEAUX  
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE  
91, Cours de la Marne, 91

1924





UNIVERSITE DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1923-1924 — N° 111

---

LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE  
ÉTRANGLÉE

---



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juin 1924

PAR

**Léopold ROUSSEAU**

Né à BIGNOUX (Vienne), le 8 Mai 1898.

---

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
RÉCHOU, agrégé.....	
JEANNENEY, agrégé.....	

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE  
91, Cours de la Marne, 91  
1924

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

## PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. locale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
	N.		PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

## COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIE.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PÉRY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON FRÈRE EDMOND

TOMBÉ AU CHAMP D'HONNEUR

*Souvenir ému de l'affection qui  
nous unissait.*

---

A CEUX A QUI JE DOIS TOUT :

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de reconnaissance  
pour une bonté sans bornes et un dévouement  
infini.*

---

A MES GRANDS-PARENTS

---

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

---

A CEUX QUE J'AIME

---

A MES MEILLEURS CAMARADES

---

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE BORDEAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Pour le remercier du grand honneur  
qu'il m'a fait en acceptant la présidence  
de cette thèse, et l'assurer de ma reconnaissance et de toute ma gratitude.*

---

# LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE ÉTRANGLÉE

---

## INTRODUCTION

---

Les hernies épigastriques, les moins fréquentes parmi les autres variétés, ont comme complication très rare l'étranglement.

Les cas rapportés sont au nombre de dix-sept. Si leur observation n'ajoute à l'étude de cette affection qu'une documentation clinique, celle du diagnostic différentiel présente beaucoup plus d'intérêt.

Les hernies épigastriques simples présentent, en effet, des symptômes fonctionnels d'une variabilité extrême :

Ils sont très atténués ou d'une intensité qui, dans certaines formes aiguës, semble répondre à une complication;

Les troubles stomacaux qu'elles provoquent ;

Les phases passagères avec augmentation de volume et les phénomènes douloureux qui s'y ajoutent ;

La coexistence d'un ulcère, d'un cancer de l'estomac, de toute autre néoplasie intra-abdominale, ajoute à une hernie épigastrique tout un processus symptomatique qui, dans certains cas, simule l'étranglement.

Aucun travail n'a été encore fait sur cette question; on pourrait cependant citer la thèse de Fabre (Paris, 1911), qui fait une revue générale de la hernie épigastrique à laquelle il ajoute un chapitre très court sur l'étranglement. Aussi



avons-nous essayé de tirer des observations maintenant assez nombreuses une étude générale plus précise.

Nous remercions M. le Dr Massé, interne des Hôpitaux, qui nous a communiqué une observation personnelle ;

M. le Professeur agrégé Jeannency, auprès de qui nous avons toujours trouvé le plus aimable accueil ;

Et M. le Professeur Chavannaz, qui nous a guidé dans ce travail par ses conseils et sa haute compétence.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique.

Si on recherche, dans l'histoire des hernies épigastriques, les cas d'étranglement observés, c'est en 1902 seulement que Wiesinger présente le premier cas dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*.

La hernie épigastrique est cependant connue depuis 1743 par la communication que Garengcoot a faite à l'Académie royale de Chirurgie ; il l'appelle alors gastrocèle, attribuant les douleurs intenses du malade à la présence de l'estomac dans le sac herniaire. Ce nom sera conservé par Arnaud dans son *Traité des hernies* (1749) ; en 1812 seulement Lèveillé le remplacera définitivement par celui de hernie épigastrique.

De 1812 à notre époque, l'étude de la hernie épigastrique a présenté plusieurs périodes que nous résumons ici pour mieux établir la progression suivie dans l'étude des formes et des complications.

Une première période serait l'étude de l'affection elle-même.

Jusqu'en 1884, les travaux de Scarpa, Walther, Vidal de Cassis tendent à préciser les symptômes et mettent déjà en relief les douleurs et les troubles digestifs variés qui accompagnent souvent cette affection.

En 1884, Güssenbauer, se basant sur des données anatomiques, cherche l'explication de ces phénomènes douloureux dans la compression que des paquets vasculo-nerveux peuvent subir aux orifices herniaires.

Germa, dans sa thèse de Montpellier (1886), étudie le pincement latéral et le considère comme une variété d'étranglement ; suivent les travaux de Paulet et Bousquet, Bonnet et Lücke (1887), qui n'ajoutent rien à l'étude des complications.

Terrier, le premier, établit l'action sanglante, la cure dite radicale comme traitement de choix de ces hernies et fixe une classification nette basée sur leur contenu ; Lucas-Championnière, Segond, Patel, Princeteau, précisent ou perfectionnent les procédés opératoires déjà connus.

A cette première période succède l'étude de la hernie dans ses rapports avec d'autres affections.

Ainsi, en 1902, Témoin, de Bourges, signale le cas d'une hernie épigastrique avec vomissements incessants chez un malade présentant un état général mauvais. On rapportait tout à la tumeur, et la cure radicale fut pratiquée : aucune amélioration n'eut lieu mais l'examen ultérieur montra la coexistence d'un néoplasme profond.

Dans le *Bulletin Médical* (1904), M. Chavannaz rapporte l'observation d'un malade pour lequel une hernie épigastrique fut la première manifestation d'une néoplasie intra-abdominale. Il confirme ainsi l'opinion que Vallas avait émise à la Société de Médecine (1902), que les « cancers viscéraux ont dans les trajets naturels de véritables portes de sortie ».

Les trois cas communiqués par cet auteur ne siégeaient qu'aux orifices inguinaux ou cruraux.

En 1909, Capelle suppose que la hernie épigastrique coexistant avec une affection de l'estomac peut en masquer les symptômes ; il observe en effet que les malades du service de Garré, à Breslau, opérés de leur hernie, conservent encore leurs troubles primitifs. En Allemagne, Ury, Mezger, Strauss ; en France, Poisson, Lanau, Colombet, Bérard, Leriche, de Lyon, etc... rapportent de nouveaux cas où la hernie coexiste avec un ulcère ou un cancer de l'estomac.

Enfin une troisième période complétant la précédente par l'étude des complications.

Les premières observations de hernies épigastriques étranglées sont celles de Wiesinger (1902) et Max Sebba (1909) ; dans ce dernier cas, la coexistence d'une hernie ombilicale ne permit un diagnostic précis qu'à l'intervention.

La première communication française est celle de Ch. Dujarier et Berger, dans la *Presse Médicale* (avril 1910) ; une seconde, due à Pothérat, s'y ajoute la même année ; ce dernier cas fut suivi de mort et les pièces d'autopsie furent présentées à la Société d'Anatomie de Paris (Thèse de Fabre, 1911). Depuis cette date, les recherches faites dans la littérature tant française qu'étrangère, n'ont donné que treize nouveaux cas.

Charbonnel et Brau-Tapie ont publié, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (26 juin 1910), l'observation d'un malade présentant en même temps qu'une double hernie épigastrique étranglée, une perforation du cœcum constatée post-mortem. Hotchkiss, dans les *Annals of Surgery*, rapporte un cas qu'il croit être seulement le troisième ; Ridgway en observe trois autres qu'il publie dans *The British Medical Journal* (décembre 1910).

A partir de 1911, les communications deviennent plus nombreuses : Jos. Godart rapporte une observation dans *La Polyclinique de Bruxelles* (avril 1911), suivent celles de Forbes Fraser dans le *Lancet* en 1913, de Moschowitz en 1914, de Danforth en 1915, deux de Gatewood en 1916 et 1917, publiées dans les Cliniques du *Presbyterian Hospital*, une de Smyth même année ; enfin l'observation que nous avons prise à l'Hôpital Saint-André (décembre 1923) et qui fait l'objet de cette thèse.

---

## CHAPITRE II

---

### Étiologie.

Le nombre restreint des observations publiées sur la hernie épigastrique étranglée ne peut donner une idée nette et précise de son étiologie. Plutôt que de généraliser les notions qui pourraient être tirées de ces faits — et qui seraient facilement contestables, — nous chercherons à faire une étude de la question, comparativement aux hernies épigastriques non compliquées et aux hernies étranglées en général.

*Fréquence.* — Nous avons recueilli 15 observations sur 17 qui ont été publiées. Lucas-Championnière n'avait jamais rencontré cet accident, et il est intéressant de noter que Malgaigne, rapportant dans son *Journal de Chirurgie* le tableau des hernies étranglées traitées par Textor à Wützburg de 1816 à 1842, ne constatait aucune hernie épigastrique sur 172 cas.

Si on rappelle ici le peu de fréquence de ces dernières comparée aux autres variétés — 0,19 % Mac-Ready; 0,33 % Coley ; 1,37 % Berger (sur 10.000 hernies) — et le peu d'étranglements constatés, on est encore plus frappé de la rareté de cette complication.

*Sexe.* — Malgré une prédominance marquée chez l'homme pour la hernie épigastrique simple, puisque Vallot, totalisant 8 statistiques différentes, donne la proportion de 247 chez l'homme contre 36 seulement chez la femme, nous ne

relevons que 8 étranglements pour le sexe masculin et 7 pour le sexe féminin.

Cette grande différence entre l'état herniaire et sa complication n'est pas pour nous surprendre, et ce fait confirme une règle déjà établie pour les autres variétés de hernies. Si on prend globalement les accidents présentés par elles, on voit que 3,61 % des hommes en sont atteints alors qu'au contraire 14,61 % des femmes présentent ces mêmes accidents. Cela tient aux sortes de hernies qu'on trouve plus particulièrement chez la femme : hernies crurales ou ombilicales qui s'étranglent assez facilement.

Berger a établi une statistique que nous reproduisons :

Hernies inguinales en %	Hommes	4.34	Femmes	2.46
Hernies crurales —	—	2.03	—	9.02
Hernies ombilicales —	—	0.24	—	2.88

Nous devons ajouter que ce rapport est conservé pour la hernie épigastrique, et que s'il fallait établir un chiffre nous pourrions dire que dans cette variété il y a 1 étranglement chez l'homme pour 8,71 chez la femme.

*Age.* — L'âge a une influence très nette ; quatre de nos malades sont âgés de plus de 70 ans ; sept s'étagent de 50 à 70 ans ; les deux autres ont 40 et 46 ans. Ces faits sont ceux observés dans les autres variétés où la prédominance de l'étranglement coïncide avec la période moyenne et surtout la dernière moitié de la vie. Dans le cas particulier, notre observation élève un peu la statistique de Frickoffer, qui donne le maximum de 50 à 60 ans.

Aucun cas d'étranglement n'a été signalé chez l'enfant.

*Obésité.* — La graisse, qui joue un grand rôle dans la pathogénie des hernies épigastriques, joue le même dans l'étranglement. Comme le fait observer justement Championnière, c'est cette graisse sous-péritonéale de consistance liquide à la température du corps, formée de petites gouttelettes très fines contenues dans un tissu à mailles lâches, qui favorise la progression du lipome préherniaire entraînant lui-même le péritoine et l'intestin. N'est-ce pas ce

mécanisme qu'il faut invoquer pour expliquer la progression de nouvelles anses intestinales au cours d'un effort et d'une augmentation de pression intra-abdominale. De plus, il s'y ajoute souvent un état adipeux du sujet donnant à la paroi abdominale une consistance plus lâche. Dans cinq de nos observations on a noté un embonpoint exagéré des malades.

De même que plusieurs étaient porteurs de hernies à d'autres orifices : ombilical, inguinal, double hernie épigastrique; chez ceux-là un tissu fibreux ou une paroi faibles se laissaient facilement forcer au cours des efforts.

*Causes déterminantes.* — C'est l'effort sous ses différentes modalités qui est à l'origine de beaucoup d'étranglements. Dans une de nos observations, c'est un effort pour soulever un objet lourd qui a été le point de départ de cette complication. Certains de ces malades ont des vomissements fréquents; on peut avoir, dans ces cas, l'intestin chassé par la compression de la sangle abdominale. De même, c'est à l'occasion d'un accès de toux que la hernie s'étrangle; aussi, faut-il ranger dans ces causes, les affections de l'appareil pulmonaire, particulièrement chez les personnes âgées.

## CHAPITRE III

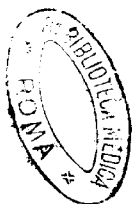
### Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous étudierons les différents éléments de la hernie : un orifice ou anneau, un sac et un contenu.

Comme dans cette étude beaucoup de points se retrouvent dans les autres variétés de hernies étranglées, nous résumerons brièvement ces signes communs, en insistant sur ce qu'il y a de particulier dans la forme épigastrique.

*Orifice.* — Dans les hernies épigastriques dont nous rapportons l'étranglement, l'orifice est généralement étroit, ses dimensions varient entre 1 centimètre et demi et 4 centimètres ; exception faite pour l'observation n° X, cas compliqué de grossesses répétées, où il atteint quatre travers de doigt (environ 7 centimètres et demi). L'anneau a gardé la forme d'un losange à grand axe horizontal (structure donnée par la disposition même des fibres constituant de la ligne blanche) ; il a pu se déformer, s'agrandir par le lipome déjà passé au travers, mais les bords restés tranchants forment la vive arête, agent d'étranglement.

Dans les hernies congénitales, ce n'est pas un orifice de passage vasculo-nerveux qui s'est agrandi, mais il y a manque de soudure de la portion aponévrotique de la paroi. Ce fait est contesté par Princeteau, mais des recherches faites par Lannoy, sous la direction de Témoin, ont cependant donné les résultats suivants : sur 16 sujets examinés, six présentaient des orifices anormaux ; dans un seul cas il ne livrait passage à rien, dans les cinq autres il existait des lipomes de volume variable. Dans ces cas la





fissure n'est plus losangique à grand axe horizontal, mais en forme de fuseau allongé dans le sens vertical, les bords sont mousses.

Au cours d'un effort, la graisse péritonéale et les pelotons graisseux, transmettant la pression intra-abdominale, pourront entraîner une dilatation passagère de ces fentes. Alors qu'à l'état normal elles sont virtuelles ou simplement occupées par des lipomes, dans ce cas, le péritoine pourra s'engager, l'intestin ou l'épiploon suivre, une hernie se constituer momentanément. L'effort terminé, la musculature revenue à son état de repos, la fente temporairement agrandie reprend ses dimensions primitives, elle pince le segment intestinal qui s'est engagé. Nous reviendrons sur cette étude du pincement latéral, mais nous tenons à opposer cette fente à l'orifice annulaire fibreux, inextensible, très résistant trouvé dans les hernies épigastriques acquises qui s'étranglent.

Si des dilatations successives se répètent, la fente agrandira ses dimensions dans le sens transversal; cet état pourra devenir permanent et une véritable hernie sera constituée. Cet orifice gardera ses caractères primitifs: très large avec ses bords mousses, aussi ce n'est pas dans l'anneau qu'il faudra rechercher les causes de l'étranglement, mais dans l'état ou les modifications que subissent les masses intestinales contenues dans le sac.

Tel est le cas de hernie épigastrique étranglée que rapporte Pothérat et que nous faisons rentrer dans cette catégorie. Des grossesses répétées avaient entraîné chez la malade une éraillure de huit centimètres, donnant issue à un sac énorme contenant presque tout le colon transverse.

*Sac.* — Le sac est recouvert du lipome préherniaire, relié à lui par un pédicule ou le coiffant simplement. Il est des cas où une striction, exercée par l'anneau sur ce lipome seul, peut donner lieu à des réactions péritonéales intenses. La séreuse du sac dans les étranglements se montre congestionnée, parcourue par des vaisseaux noirâtres. Sa colo-

ration va du rouge foncé au brun ardoisé particulièrement pour les petites hernies. On observe des adhérences fibreuses allant du sac aux tissus périphériques ; on retrouve, comme dans les formes non compliquées, le lipome préherniaire relié par un pédicule au sac ou le coiffant.

Dans une grande partie des cas on trouve du liquide à l'intérieur du sac (jusqu'à 250 centimètres cubes, obs. XV), limpide ou citrin au début, il ne tarde pas à devenir brun ou roussâtre par le sang extravasé, surtout si des manœuvres de taxis ont été faites sur ces masses intestinales congestionnées.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution que peut suivre le liquide dans les cas abandonnés à eux-mêmes, devenant sanieux, avec des flocons fibrineux qui se précipitent dans sa masse, transformation qui peut aller jusqu'à l'aspect puriforme avec formation de gaz à odeur fétide rappelant les matières fécales.

*Contenu.* — Le contenu de ces hernies se répartit de la façon suivante : trois sont des épiplocèles, les onze autres sont à contenu entéro-épiploïque. Ces dernières se répartissent comme suit : parmi quatre qui contiennent de l'intestin grêle, dans une seule il s'y ajoute de l'épiploon, et, parmi les sept contenant du gros intestin, pour deux il y a aussi l'épiploon.

Ce sont donc les entérocéles pures qui s'étranglent le plus fréquemment.

Exception faite du cas dans lequel tout le colon transverse se trouvait dans le sac, résultat du refoulement produit par une grossesse à travers une large éraillure, on trouve plus ordinairement une anse intestinale en forme de boucle ou de W, associée ou non à de l'épiploon.

Quant à la nature de l'intestin, deux types : si c'est du grêle de la région haute, on observe des vomissements précoces et un choc grave ; si c'est du transverse, on observe des phénomènes d'occlusion tardive ou d'obstruction, les vomissements sont tardifs, l'état général est meilleur et

souvent conservé. Les lésions qu'on y trouve sont communes à toutes les variétés de hernies étranglées: l'intestin présente une vascularisation intense avec œdème des parois laissant transsuder un liquide citrin, transparent, à l'intérieur du sac; au niveau du sillon d'étranglement, les lésions sont toujours plus marquées, les tuniques ont pris un aspect comprimé, affaissé, et on note même déjà quelques taches ecchymotiques.

Dans un stade suivant, à l'aspect rouge vineux dû à un état congestif succèdent des signes d'altération profonde: les taches ecchymotiques sont généralisées à tout l'intestin, isolées ou confluentes; le revêtement péritonéal a perdu son poli habituel, l'accumulation des gaz et des liquides distend la masse herniaire et lui donne une consistance dure et rénitente.

La suppression de l'agent d'étranglement fait disparaître le plus généralement ces modifications de l'intestin; au collet cependant, où les parois sont amincies, grisâtres et la vitalité du tissu diminuée, la vascularisation normale ne revient que très lentement.

A une période plus avancée, sphacèle et gangrène s'installent et sur les parois aplaties, plissées comme un linge mouillé, des plaques couleur feuille morte apparaissent et révèlent une vascularisation perdue.

Les gaz et les matières fécales peuvent rompre cette fragile enveloppe, faire irruption dans le sac herniaire, plus rarement ces liquides septiques déterminent un véritable phlegmon stercoral qui pourra aboutir à la guérison, ou font issue dans la cavité abdominale et donnent lieu alors à une péritonite généralisée rapidement mortelle.

En terminant, nous tenons à faire remarquer que sur onze hernies, quatre seulement étaient à contenu intestino-épiploïque, les autres étaient des entéroécèles simples. Cette faible proportion montre le rôle de protection que joue l'épiploon, se laissant facilement comprimer, tasser, il supprime et retarde, dans beaucoup de cas, les accidents d'étranglement.

## CHAPITRE IV

---

### Symptômes.

Les symptômes des hernies épigastriques étranglées diffèrent peu de ceux trouvés dans les autres variétés. Sans développer longuement ces signes communs, nous chercherons à fixer quelques formes cliniques tirées des cas que nous rapportons.

On peut observer des hernies épigastriques indolores dont le volume n'a pas varié depuis l'apparition, ou qui, depuis de longues années, augmentent d'une façon insensible, lente, avec ou sans périodes d'arrêt.

Cet état est sans aucune gêne pour le malade qui peut vaquer à ses occupations ordinaires, et de ce fait porte rarement un bandage ou tout autre moyen de contention. C'est brusquement, à l'occasion d'un effort qui peut être minime (quinte de toux) ou violent (travail de force : manuel ou autre) que le malade ressent une douleur aiguë dans la région herniaire. Il a eu parfois la sensation de « quelque chose qui a cédé » ; il s'aperçoit alors que la hernie a augmenté de volume ; elle est douloureuse à la palpation et n'est plus réductible. Le malade peut avoir un vomissement réflexe à ce moment-là, du moins il accuse toujours un état nauséux et un malaise général ; de faux besoins de défécation se manifestent sans émission de gaz, peu à peu la situation s'aggrave et l'étranglement est définitivement constitué.

A côté de la forme précédente, calquée sur les autres variétés, il en est une plus particulière aux hernies épigastriques douloureuses. Ces dernières présentent fréquemment, en dehors de tout étranglement, des poussées évolutives caractérisées de la façon suivante : la tumeur augmente de volume assez brusquement, devient plus sensible à la palpation, qui révèle parfois un changement de consistance et une certaine tension, mais la réduction est possible par de simples pressions.

Cet état passager s'accompagne d'une augmentation des douleurs spontanées qui deviennent aiguës ; elles cèdent toujours avec la fin de la crise qui dure quelques instants ou quelques heures au plus. Il semble correspondre ou à une poussée de péritonite sacculaire ou à des phénomènes congestifs de la part de la hernie ; beaucoup de malades l'observent plusieurs fois sans aucune autre complication.

C'est au cours d'un de ces états, au début ne se différenciant d'aucune façon des précédents, que la douleur s'installe, progressive, continue, sans accalmie avec une intensité qui ne rappelle en rien les formes antérieures.

Parfois on a une évolution un peu différente, les douleurs qui pendant quelques jours, tout en étant plus vives, présentaient des périodes de rémission, prennent brusquement un caractère paroxystique. Le malade remarque alors que la tumeur n'est plus réductible et ne cède ni au repos, ni aux soins locaux ; des vomissements surviennent et l'étranglement se confirme.

L'étranglement constitué, les symptômes sont ceux de cette complication en général. Nous les résumerons brièvement.

On en trouve de locaux : c'est, à l'examen, une tumeur globuleuse, qui se révèle nettement au-dessus de l'ombilic, soulevant la peau tendue mais sans modification.

A la palpation cette masse est dure, tendue, rénitente, irréductible. La réductibilité possible doit être recherchée le malade assis sur son lit et le haut du corps penché en

avant : position qui relâche les muscles grands droits et facilite cette manœuvre.

La palpation, très douloureuse dans beaucoup de cas, rend l'examen difficile; on recherchera l'impulsion qu'une hernie non compliquée donne à la toux, sensation d'eau venant éclabousser la main, elle reste négative dans ces cas. A la percussion, on a de la matité. Les signes fonctionnels sont très importants : du côté de l'appareil digestif on observe au début des vomissements réflexes ; ils sont toujours plus précoces quand il y a de l'intestin grêle dans le sac : ils sont alimentaires ou muqueux, puis, en se répétant, deviennent porracés par la présence de bile ; ils peuvent arriver à être fécaloïdes dans les étranglements du colon transverse qui persistent depuis un certain temps.

Un autre grand signe est constitué par l'arrêt des matières et des gaz ; en général il est définitivement établi au bout de vingt-quatre heures. Nous n'insistons pas sur le fait que le malade porteur d'une hernie étranglée peut vider le segment inférieur de son intestin dans les heures qui suivent l'accident.

On observe de la distension, du ballonnement de la cavité abdominale. Enfin, si l'état persiste, le malade est très rapidement atteint au point de vue général : sensation de malaise, anxiété, perte des forces.

Le pouls est petit, filiforme, fréquent, parfois irrégulier; le faciès péritonéal, la respiration est courte, et il a de la polypnée. Cette aggravation continue jusqu'à l'état terminal révélant l'intoxication profonde de tout l'organisme : pouls faible, incomptable, hypothermic, hypotension, refroidissement des extrémités, urines rares, plaques asphyxiques, etc..., et le malade meurt dans le collapsus.

---

## CHAPITRE V

---

### Diagnostic.

La variabilité des symptômes des hernies épigastriques rend souvent difficile le diagnostic de l'étranglement parmi certaines formes compliquées. Chez quelques malades, seuls les signes physiques attirent l'attention; chez d'autres, ce sont les symptômes fonctionnels qui prédominent; parfois, c'est un ensemble des deux qui répond au tableau complet de cet accident.

Nous adopterons deux grandes divisions dans l'étude des différents cas, pour lesquels un étranglement a été supposé ou diagnostiqué :

- 1° La tumeur n'est pas une hernie ;
- 2° Le malade est porteur d'une hernie épigastrique, mais les phénomènes qu'il présente ne sont pas dus à un étranglement :
  - a) Ils peuvent être en relation avec la hernie ;
  - b) Ils sont indépendants d'elle.

I. — Les hernies épigastriques ne sont pas toutes douloureuses ; la plupart des auteurs considèrent même cette forme comme assez rare et la décrivent avec ses seuls signes physiques.

Or, il existe des tumeurs graisseuses de la région sus-ombilicale n'ayant aucune connexion avec le péritoine et qui simulent une hernie. Ce sont de petits lipomes bien

limités; ils avaient été signalés par Tartra, et Bigot les a bien décrits dans sa thèse de Paris (1821). Ces tumeurs peuvent même parfois donner le tableau d'une hernie étranglée. Scarpa raconte qu'une fois, il a pratiqué une opération dans un cas où ce diagnostic avait été porté et qu'il n'avait trouvé qu'une tumeur graisseuse, complètement indépendante du péritoine. Cayol cite à ce propos, dans le *Traité des hernies* de Scarpa, une observation analogue chez un homme porteur d'une tumeur dans la région épigastrique, qui brusquement augmenta de volume, devint douloureuse, irréductible, s'accompagnant de vomissements. On fit une intervention immédiate qui montra une masse graisseuse sans connexion péritonéale.

Pour arriver au diagnostic de ces tumeurs, il faut par une palpation soigneuse rechercher la consistance lobulée, grenue du lipome, il faut constater son irréductibilité absolue, l'absence de tout pédicule, etc.; enfin, si l'on croit à un étranglement, l'étude des signes fonctionnels réduits à la simple douleur dans ces cas-là.

En telle circonstance, le malade devra être suivi attentivement, et si le diagnostic paraît mieux se confirmer, une intervention doit toujours être pratiquée, car elle solutionne un problème difficile. On ne sait jamais si on est en présence ou d'une tumeur graisseuse sans connexion avec le péritoine, ou d'un lipome préherniaire obstruant l'orifice et n'ayant pas encore progressé, ou enfin d'une hernie graisseuse simple avec une ébauche de diverticule péritonéal.

Nous devons signaler aussi qu'un abcès de la paroi siégeant dans cette région peut simuler une hernie étranglée (Gatewood). Les signes généraux de cette affection, l'absence de vomissements et de troubles intestinaux contrastant avec l'intensité des phénomènes locaux, suffisent à fixer le diagnostic.

II. — Dans cette deuxième partie, nous examinerons comment les accidents présentés par certains malades



porteurs d'une hernie épigastrique ont pu simuler un étranglement. Ce sont :

a) Des formes aiguës passagères de hernies épigastriques douloureuses ;

b) Des poussées d'épiploïte, des phénomènes d'engouement dans ces mêmes hernies ;

c) Les pincements latéraux et leurs rapports avec l'étranglement vrai ;

d) La coexistence d'un ulcère de l'estomac ou de toute autre néoplasie intra-abdominale avec une hernie épigastrique.

a) On est frappé, dans l'étude des hernies épigastriques, de l'intensité que présentent parfois les signes fonctionnels, et on peut se poser la question suivante : certaines formes particulièrement douloureuses et compliquées simulent-elles un étranglement ?

Il est des cas où la hernie est très petite et difficilement appréciable à la palpation. Ce dernier fait est évidemment assez rare, mais non point exceptionnel chez les sujets adipeux : tel est d'ailleurs le cas du malade dont Gatewood rapporte l'observation. C'est dans cet ordre d'idées que Lemierre, insistant sur les signes généraux des hernies épigastriques, disait qu'en pareilles circonstances, « si l'examen physique était négatif, il fallait faire le diagnostic de hernie avec les seuls phénomènes fonctionnels qu'elle présentait et qui, dans ces cas, passent au premier plan ».

Ils peuvent être de trois sortes :

1° Des phénomènes douloureux variant à l'extrême : de la simple gêne ou du tiraillement au creux épigastrique, à la grande douleur irradiée aux lombes : véritable crise que Chailloux rapprochait de celle du tabès ;

2° Des vomissements variables aussi, allant de la forme isolée, passagère, liée à l'état digestif, au cas exceptionnel

observé par Agostinelli chez un malade qui avait eu dix-sept vomissements dans un seul jour ;

3<sup>e</sup> Tumeur douloureuse à la pression, ou région douloureuse si la tumeur n'est pas appréciable à la palpation.

Ces malades présentent donc parfois le tableau suivant : des douleurs survenant brusquement, des vomissements et une région douloureuse. La question qui se pose est la suivante : à quel moment la douleur et ces signes deviennent-ils symptomatiques d'un étranglement ?

Dans une hernie étranglée, la marche de l'accident est sans accalmie, la douleur est brusque, ou si elle est progressive elle garde toujours un caractère continu. Elle se différencie nettement des crises précédentes avec intermittences que le malade a eues et ne les rappelle en rien dans leur évolution. Les vomissements qui restent alimentaires dans les cas de hernie non compliquée, deviennent bilieux ou porracés quand il y a étranglement; l'arrêt des matières et des gaz qui s'y ajoute lui donne une valeur diagnostique de première importance. Si l'irréductibilité n'est pas contrôlée du fait du faible volume de la hernie, du moins la douleur devient de plus en plus intense dans cette région et va jusqu'à faire redouter, au malade, tout contact et toute palpation.

b) Il existe des formes de hernies épigastriques assez volumineuses (volume d'un œuf par exemple), qui présentent parfois des phénomènes aigus passagers. La hernie augmente de volume pendant quelques jours, elle devient douloureuse ou plus douloureuse que précédemment et oppose quelque résistance à la réduction. Au bout de quelques heures généralement tout s'apaise et rentre dans l'ordre. Dans d'autres cas, l'augmentation de volume est plus rapide et, à la douleur plus intense, s'ajoutent des vomissements; il y a irréductibilité, temporaire seulement, car avec du repos ou des soins locaux on arrive à la sédation de ces symptômes.

Quelle explication peut-on donner de ces phénomènes ; correspondent-ils à des poussées inflammatoires de l'épiploon ? On retrouve bien ici le tableau plus léger et bénin de l'épiploïte aiguë avec ses caractères principaux. Rapprochons-en la description qu'en fait Gosselin : « L'épiploïte aiguë, dit-il, ou survient primitivement, ou fait suite aux accidents d'étranglement. La tumeur devient tout-à-coup volumineuse, elle ne se réduit plus, devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques, parfois des nausées avec vomissements; dans un certain nombre de cas, de la constipation. On peut voir tout rentrer dans l'ordre, mais parfois les choses s'aggravent... etc... ».

A cette poussée inflammatoire bénigne (?) s'ajoute-t-il un engouement passager, une accumulation des matières et des gaz dans l'intestin hernié assez important pour gêner la circulation et qui passe inaperçu dans ces formes de hernies douloureuses.

Dans l'engouement herniaire (admis par les uns, contesté par les autres), certains ont insisté sur la consistance anormale de la tumeur: signe bien fragile quand elle est difficilement palpable ou distendue par les gaz, et sur l'indolence de la hernie.

Que faut-il penser de ce dernier symptôme établi pour les autres variétés indolores, et quelle est sa valeur dans les hernies épigastriques normalement douloureuses ? — Ne pouvant résoudre ce problème nous dirons, comme Nau, qu'il est dangereux de tirer de ces données des indications thérapeutiques « et qu'on ne se repentira jamais d'avoir admis que l'engouement évolue cliniquement comme l'étranglement et doit être traité comme tel immédiatement.

c) Le pincement latéral doit-il être considéré comme une forme fruste de hernie étranglée ou doit-il être complètement séparé de l'étranglement ?

On peut le considérer comme « un véritable étranglement partiel et permanent de l'intestin, laissant libre une portion

plus ou moins grande du calibre de ce conduit » (Germa). Ou encore comme « un phénomène accidentel et transitoire, qui n'intéresse tout au plus que les tuniques de l'intestin sans en diminuer à aucun degré le calibre » (Vernet).

Nous étudierons sans les commenter ces deux conceptions en considérant le seul pincement des tuniques comme la forme la plus atténuée, et celui d'un segment partiel de l'intestin comme un degré plus avancé de cette même affection. Nous lui gardons le caractère transitoire, momentané, qu'il présente parfois, mais en faisant observer qu'une fois engagée dans la fente, si la striction continue, on voit évoluer sur cette portion de l'intestin des altérations qui ne diffèrent pas de celles d'une anse complète et dont la gravité alors est celle d'un étranglement.

Nous avons parlé, au chapitre d'anatomie pathologique, des éraillures de la ligne blanche, des fissures sus-ombilicales qui peuvent pincer un simple peloton graisseux ou un segment d'épiploon ou d'intestin.

Les signes se présentent alors de la façon suivante: d'une façon générale, ce sont des phénomènes douloureux violents, éclatant en pleine santé, à la suite d'un effort ou de mouvements anormaux et qui s'accompagnent de vomissements alimentaires. Si on y ajoute une constipation opiniâtre, l'attitude toute particulière du malade penché en avant, on trouve de nouveaux faits qui mettent sur la voie du diagnostic ; il sera toujours confirmé par la recherche de la fissure.

Cette première forme de pincement latéral se distingue de tout état herniaire étranglé :

Par son caractère momentané et transitoire, ne s'établissant qu'à l'occasion d'une pression intra-abdominale, de certains mouvements du corps ou des viscères, par sa courte durée, sa répétition, sa réductibilité dans tous les cas et par l'amendement rapide des symptômes qui suit la réduction.

S'agit-il d'un segment intestinal plus important, on a le

tableau du cas précédent aggravé, et c'est une symptomatologie calquée sur l'étranglement que nous avons. On note cependant d'une façon générale dans de telles observations des symptômes moins bruyants que pour une hernie étranglée, avec des signes généraux du début moins marqués. La réaction péritonéale est légère, et surtout la circulation des gaz persiste en partie.

Mais la difficulté du diagnostic précoce peut être accrue du fait que la tumeur n'est pas toujours appréciable à la palpation.

Si le pincement n'est parfois qu'un état accidentel ou transitoire, il est souvent aussi la première étape d'un étranglement quand il n'est pas réduit ou réductible, aussi doit-on le considérer comme tel ; dans les cas où il est définitivement constitué, il semble même qu'après un début moins intense les accidents de gangrène soient plus rapides que dans les autres hernies.

d) Si le diagnostic entre la hernie épigastrique douloureuse et l'ulcère de l'estomac est important à faire pour des cas douteux, nous ne croyons pas utile de le reprendre avec l'étranglement.

Les malades présentent parfois les mêmes douleurs, sensation de brûlures augmentant d'intensité avec les repas, mais les hématemèses, la localisation plus profonde et plus précise de la douleur, l'âge du malade souvent... etc... ont déjà permis de fixer le diagnostic avant que cette hernie soit compliquée d'étranglement.

En même temps qu'une néoplasie intra-abdominale débutante et qui est bien souvent méconnue, certains malades porteurs d'une hernie épigastrique présentent des signes douloureux qui s'installent lentement dans la région herniaire; ils ne sont accompagnés que d'une perte d'appétit et d'un état nauséux. Ces phénomènes peuvent s'accroître brusquement si le néoplasme envahissant provoque un syndrome d'occlusion intestinale; comme il y a, à ce moment-là, une douleur très vive spontanée ou exa-

cerbée par le palper, irréductibilité du fait de l'obstacle qui fait suite à l'anse herniée, enfin tout un processus symptomatique simulant l'étranglement, des erreurs de diagnostic peuvent être faites. Ces cas sont rares, ils ne sont pas exceptionnels; Ertaud publie dans sa thèse l'observation d'un malade pour qui le diagnostic de hernie épigastrique étranglée fut porté, et qui présentait un carcinome de l'intestin et du pancréas, reconnu seulement à l'intervention.

Sans supposer qu'une hernie ainsi compliquée laisse toujours inaperçu un néoplasme, nous sommes cependant frappés des phénomènes réflexes à caractères spéciaux et nets qu'elle peut présenter, et qui ne sont que la conséquence d'une affection indépendante et éloignée. Cette opinion se confirme par la thèse de Dunan, qui étudie les signes de la hernie épigastrique douloureuse, symptomatique de néoplasme abdominal. Il la différencie des autres accidents par les troubles fonctionnels qui apparaissent le plus souvent lentement, par la douleur vive, irradiée ou même une simple gêne, par les signes capitaux que donne le palper : la mobilité de la tumeur conservée dans tous les sens, sa consistance spéciale plus ferme que dans une hernie épiploïque, sa réduction possible. Elle se caractérise enfin par une évolution lente qu'on ne trouve pas dans l'étranglement et par la précocité des phénomènes généraux.

---

## CHAPITRE VI

---

### Traitement.

En présence d'une hernie étranglée, quelle que soit la variété, il faut intervenir le plus rapidement possible. Deux facteurs imposent la précocité du traitement.

1° Le cours interrompu des matières et des gaz retentit rapidement sur l'état général du sujet ;

2° Il faut préserver la vitalité des tissus contenus dans la hernie.

Nous ne signalons pas la possibilité d'un taxis, les graves dangers qu'il comporte l'ont fait rejeter par tous.

Il reste donc à lever l'agent de l'étranglement, c'est-à-dire faire une kélotomie.

Elle se fera sous *anesthésie* : anesthésie régionale la plus inoffensive, donnant une insensibilité à peu près complète ; elle est surtout indiquée pour des étranglements anciens chez des sujets affaiblis.

L'anesthésie générale a ses grands avantages mais aussi ses dangers : elle favorise la tendance au collapsus, abaisse la température, provoque des vomissements, etc..., favorise les affections pulmonaires secondaires, aussi sera-t-elle à rejeter chez les sujets présentant un affaiblissement du poulx et un état général mauvais.

La *kélotomie* comportera : l'incision des parties molles, la libération et l'ouverture du sac, et après agrandissement de l'ouverture faite, assèchement de ce sac et de son contenu, la section de l'anneau d'étranglement. L'intestin libéré

est attiré par des tractions douces, afin de s'assurer de l'état de ses tuniques, on pourra le laver au sérum. Si la hernie contient de l'épiploon, le réintégrer ou le réséquer selon son état.

L'intestin a-t-il des lésions de gangrène limitées, ce qui s'observe assez fréquemment dans les hernies épigastriques très petites, on pourra pratiquer l'enfouissement ; si la plaque de sphacèle est étendue et irrégulière, c'est à la résection losangique qu'on aura recours. Y a-t-il tout un segment intestinal gangrené, on fera soit un anus contre nature, soit une résection. Lorsque la kélotomie est faite, si le sujet est affaibli, si son état général est précaire, ou si les lésions sont étendues, il ne faudra pas prolonger le choc opératoire et on se contentera d'une restauration sommaire de la paroi : le sac libéré sera réséqué, la plaie suturée ensuite en un seul plan. Si, au contraire, la vitalité des tissus n'est pas compromise, si l'opération est précoce, l'état du sujet bon, on fera suivre la kélotomie d'une réfection méthodique de la paroi aboutissant en somme à une cure radicale.

En effet, les méthodes en seul plan (Terrier) ou plan par plan (Segond) ne mettant pas l'opéré à l'abri d'une éversion secondaire, les chirurgiens se sont attachés à refaire la paroi selon des techniques un peu spéciales que nous résumons ici.

Princeteau conseille après obturation de l'anneau fibreux de pratiquer deux plans de suture de la façon suivante : on fait une incision longitudinale à 1 centimètre et demi de la ligne blanche sur la gaine antérieure des droits, on dissèque ces deux lambeaux aponévrotiques et on les suture pour former le premier plan, le deuxième est réalisé par la réunion des muscles droits avec leur aponévrose antérieure.

Le procédé de Patel s'en rapproche beaucoup ; il fait deux incisions longitudinales sur la face antérieure des grands droits, les lèvres externes sont réunies dans un premier plan, les lèvres internes par-dessus les précédentes : deuxième plan.



En présence d'orifices larges, on pourra avoir recours à d'autres méthodes employées surtout pour la hernie ombilicale.

Dauriac fait l'entrecroisement partiel des muscles droits: il taille dans chaque muscle une bandelette ayant le tiers de la largeur totale, il la sectionne à la partie inférieure et l'entrecroise avec celle du côté opposé.

Savariaud et Sapiejko ont décrit des procédés qui ont pour but d'augmenter la surface de contact des lèvres aponévrotiques. Ils consistent à faire chevaucher l'une sur l'autre les deux parois « à la manière d'un gilet croisé, boutonné sur le côté interne ».

Par la technique que Monge et Brünnig ont décrit en 1908, on forme une fermeture hermétique, mais ce procédé a l'inconvénient d'être d'une exécution longue et difficile même pour des sujets porteurs de hernie épigastrique non compliquée. Nous ne le donnons qu'à titre de document : on fait une section de la peau suivie de celle du feuillet antérieur de la gaine des droits, assez large pour libérer entièrement les muscles des deux feuillets de la gaine ; on sépare ensuite les deux feuillets par une section frontale de la ligne blanche, permettant de rapprocher les deux bords internes des muscles droits. Après le traitement de la hernie on suture les muscles droits sur la ligne médiane et on ferme la gaine par rapprochement des lèvres aponévrotiques transversalement sectionnées. S'il y a récurrence, on pourra avoir recours au procédé utilisé par Læven en 1910: implantation entre le péritoine et l'aponévrose d'un lambeau de périoste prélevé sur le tibia.

En résumé, en présence d'une hernie épigastrique étranglée, le chirurgien fera, selon l'état général du malade :

1° Une kélotomie simple, sous anesthésie locale ou régionale, si le malade est dans un état grave, ou si les lésions sont étendues ;

2° Si l'état général est bon, une cure radicale complétée

par l'une des techniques spéciales de réfection de la paroi en s'en tenant de préférence aux plus simples.

Que peut-on attendre de ces opérations; qu'elles sont les suites immédiates et éloignées :

a) *Résultats immédiats.* — Sur 15 cas, il n'y a eu que 2 suivis de mort, soit 13 % : dans le premier il y avait coexistence d'une perforation du cœcum avec une double hernie étranglée; dans le second un état général très grave, chez une malade présentant un étranglement de presque tout le colon transverse. Pour tous les autres, les résultats immédiats furent bons. Guérison opératoire dans 87 % des cas.

b) *Résultats éloignés.* — Quant aux résultats éloignés, on ne signale aucune récurrence, du moins dans les quelques observations où les malades ont été suivis et revus. Dans notre observation, le malade, revu six mois après, était toujours sans récurrence, avec un état général très bon.

---

## OBSERVATIONS

### Observation I (Personnelle).

Hernie épigastrique étranglée chez une femme de 71 ans.

M<sup>me</sup> C. A., entrée à l'Hôpital Saint-André le 24 décembre 1923, salle 8.

Il y a dix ans, à la suite d'un effort violent, la malade s'aperçoit qu'elle a, au-dessus de l'ombilic et à gauche, une petite tumeur grosse comme une noisette. Elle n'est pas réductible, mais n'est accompagnée d'aucune douleur ni objective ni subjective. Deux ou trois ans après, la malade constate que la tumeur augmente de volume, et de temps à autre elle souffre et a des vomissements alimentaires sans pour cela que la hernie s'accompagne de changement de volume ou d'aspect.

En 1922, la malade présente une crise très forte accompagnée de douleurs violentes et d'augmentation de la tumeur, pas de vomissements. Le médecin consulté parvient à la faire rentrer et conseille le port d'un bandage.

Tout reste dans l'ordre jusqu'au 21 décembre 1923, où la malade se plaint brusquement de douleurs violentes dans la région abdominale habituelle. Les douleurs augmentant dans les jours qui suivent, un médecin est appelé et, ne pouvant réduire la tumeur, conseille à la malade d'entrer à l'Hôpital.

Antécédents héréditaires et personnels. — Néant.

*Examen de la malade à son entrée à l'Hôpital* (24 décembre 1923). — On se trouve en présence d'une femme d'un embonpoint exagéré (110 kilos). L'état général est bon, elle n'a pas de fièvre, le pouls est bien frappé (80 pulsations).

*Inspection* (à l'). — On a un ventre en forme de besace difficile à palper. On note, à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, une tumeur arrondie grosse comme les deux poings. A ce niveau, l'application de

compresses d'eau chaude a donné à la peau une légère coloration rouge.

*Palpation.* — Cette tumeur est régulière, bien limitée, de consistance rénitente, avec un pédicule douloureux. A la percussion elle est mate. Elle est légèrement mobile dans le sens transversal, mais n'est nullement influencée par l'effort et la toux. Peau très souple.

L'examen de la malade ne montre rien de particulier pour les autres organes. Elle n'a pas vomé, mais souffre de coliques assez fortes; elle n'a eu ni selle ni gaz depuis le 21 décembre.

Le diagnostic de hernie épigastrique étranglée est porté, et on intervient immédiatement. Pendant les préparatifs, la malade a un vomissement bilieux, le premier depuis que la hernie est irréductible.

*Opération.* — Anesthésie locale de la paroi à l'allocaïne au 1/300<sup>e</sup> (50 centimètres cubes de solution). On circonscrit la tumeur par une incision elliptique, s'étend en bas jusqu'au dessous de l'ombilic. Après avoir traversé une couche de graisse très abondante, on tombe sur l'orifice herniaire, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane. On incise le tissu aponévrotique, et le péritoine est ouvert de bas en haut du côté droit de l'incision. On rabat alors la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose sur la gauche, et on voit des anses intestinales s'engager dans l'orifice herniaire ainsi disséqué de dedans en dehors. A ce moment, comme la malade souffre et commence à pousser, on donne du chloroforme. On peut alors facilement débrider la hernie dans laquelle on trouve une anse grêle et son méso : anse en forme de W, accolée par des néomembranes. Au niveau de la striction l'intestin est en bon état. On trouve du grand épiploon très adhérent au sac, qui est réséqué. On enlève la peau, tissu cellulaire, aponévrose et sac péritonéal qui est ligaturé. On ferme en un seul plan par des fils de bronze aluminium. Drainage au point déclive. La malade n'a pas vomé, elle n'est pas shockée par l'intervention. Quarante-huit heures après, selle spontanée. Levée le cinquième jour, on enlève les fils le quinzième jour. Sort guérie le 16 janvier 1924.

### Observation II.

WEISINGER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. LXV, 1902.

Il s'agissait d'une hernie de la ligne blanche, du volume d'une noisette. Elle s'était produite brusquement chez un jeune homme de 18 ans, et la réduction n'avait pu être obtenue. A l'opération, on trouva une anse grêle étranglée de coloration brun rougeâtre, qu'on put néanmoins rentrer dans l'abdomen.

### Observation III (Résumée).

MAX SEBBA. — *Deutsche medicinische wochenschrift*, octobre 1909.

Hernie épigastrique étranglée chez une femme obèse, âgée de 46 ans. Depuis le 3 août, elle n'avait rendu ni matières, ni gaz, et avait présenté des vomissements alimentaires puis porracés. En même temps, sa hernie était devenue sensible et irréductible. Le 7 août, comme la malade refuse l'intervention, on fait un lavage de l'estomac et de grands lavements; aggravation de son état, des vomissements fécaloïdes se produisent, la région herniaire devient rouge avec des tissus empâtés et œdémateux. Opération le 11 août; à l'ouverture du sac, il y a écoulement d'un liquide trouble. On trouve une anse intestinale de couleur rouge sombre avec des taches gangréneuses verdâtres au niveau du sillon d'étranglement sur les deux extrémités de l'anse et de l'épiploon très altéré. Résection de l'intestin sur une longueur de 12 centimètres et suture des deux bouts par une double rangée de points; l'épiploon est réséqué. Il y a coexistence d'une hernie ombilicale, dont on fait par là même la cure radicale.

Le 19 août, fistule stercorale qui se ferme le 27 août; le 10 septembre, la malade quitte l'hôpital, la plaie est en voie de bourgeonnement et l'état général satisfaisant.

### Observation IV (Résumée).

Ch. DUJANIER et BERGER. — *Presse Médicale*, avril 1910.

Homme âgé de 81 ans, porteur d'une hernie épigastrique complètement indolore et réductible jusqu'à ces jours derniers. Le 12 août, présente une gêne douloureuse dans la région

sus-ombilicale, la tumeur a augmenté de volume et est devenue sensible à la palpation. Il présente à ce moment-là quatre vomissements alimentaires. A son entrée à l'hôpital, l'examen du malade montre dans la région épigastrique une tumeur grosse comme une prune, de consistance élastique, rénitente, très douloureuse à la palpation, mate à la percussion. Arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures. A l'opération, on a trouvé une anse grêle rouge et congestionnée sans sphacèle, étranglée par un orifice du diamètre du petit doigt. Kélotomie, suture du péritoine par points séparés et des muscles droits sur un seul plan. Suites normales. Le malade sort guéri le quinzième jour.

#### Observation V (Résumée).

RIDGWAY. — *The British Medical Journal*, 17 décembre 1910.

Le malade est un homme de 60 ans, porteur d'une hernie épigastrique douloureuse, qui a des vomissements continuels depuis deux jours. Il n'a rendu ni gaz, ni matières depuis ce temps; sa température est à 100-104° F., son pouls à 120. Il présente dans la région sus-ombilicale une tumeur de la grosseur d'un œuf, tendue, élastique, ne donnant pas d'impulsion à la toux, irréductible.

A l'opération, on a trouvé dans le sac, baignant dans un liquide sanguinolent, une anse de colon transverse de trois pouces, rouge foncée et adhérente à lui, — de même que de l'épiploon intact. La kélotomie a été suivie de la suture des muscles droits rapprochés, le droit porté sur la ligne médiane, un peu sur la face antérieure de son homologue. Guérison.

Le malade était aussi porteur d'une hernie inguinale droite qui s'est étranglée par la suite.

#### Observation VI.

RIDGWAY. — *The British Medical Journal*, 17 décembre 1910.

C'est un cultivateur âgé de 66 ans, qui est examiné en février 1910. Depuis 40 ans, il est porteur d'une hernie épigastrique qui avait 7 à 8 centimètres environ de diamètre. Il entre à l'hôpital avec des signes évidents d'étranglement. On l'opère.

On trouve, dans le sac, une anse de colon transverse mesurant à peu près 5 à 6 centimètres de longueur et une masse d'épiploon adhérent ; l'épiploon était de coloration normale, mais l'intestin était noirâtre. L'épiploon est reséqué et on emploie le même procédé que dans la première observation. Le résultat fut très bon ; le malade sort de l'hôpital le 12 mars, et quand on le revit en juillet la guérison s'était maintenue.

### Observation VII.

RIDGWAY. — *The British Medical Journal*, 17 décembre 1910.

C'est une femme de 58 ans qui est examinée le 8 août 1909. Elle raconte qu'elle portait une hernie épigastrique indolore depuis 30 ans, mais depuis trois jours la tumeur a augmenté de volume et est devenue douloureuse. La hernie s'est étranglée à l'occasion d'un effort, la malade avait voulu remuer un meuble très lourd. Le soir même, les vomissements apparaissent et l'état général devient très mauvais ; elle est admise à l'hôpital étant presque dans le collapsus. Les vomissements étaient continuels depuis 15 heures ; la malade était couverte de sueurs ; le pouls battait à 134 et la température était à 97°8 Fahrenheit.

La tumeur ressemble à un lipome ; elle est située entre le cartilage xyphoïde et l'ombilic et a le volume d'une orange. Pas d'impulsion sous l'effort de la toux. La peau qui recouvre la tumeur est tendue et de couleur noirâtre. On opère immédiatement ; dans le sac on trouve très peu de liquide et trois anses d'intestin grêle, adhérentes les unes aux autres. On enlève les adhérences avec assez de difficultés. L'intestin présentait des traces de gangrène. L'anneau est débridé et l'intestin réduit dans l'abdomen. Les muscles droits sont rapprochés par des points de suture à la soie et on ferme après avoir mis un drain.

On fait à la malade une injection de sérum chaud dans le rectum. Bientôt la malade est dans un état de collapsus, le pouls est à 160, et on compte 43 inspirations à la minute. Injection de sérum. La malade quitte l'hôpital le 22 septembre. On la revoit en janvier avec bronchite, en avril elle fait une pneumonie et meurt.

### Observation VIII.

CHARBONNEL et BRAU-TAPIE. -- Double hernie épigastrique étranglée. Perforation du cœcum. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 26 juin 1910).

Nous avons l'honneur de présenter des pièces provenant de l'autopsie d'un malade, entré salle 18 (Hôpital Saint-André) pour hernie épigastrique étranglée.

Il s'agissait d'un malade, âgé de 78 ans, obèse, cardiaque emphysémateux, mais non diabétique, qui présentait depuis plusieurs années une hernie épigastrique dont le volume s'accroissait peu à peu avec des poussées douloureuses. Quand il entra à l'hôpital, le 14 janvier, sa hernie ne pouvait plus se réduire depuis quatre jours; il n'avait rendu ni gaz, ni matière, il n'avait pas vomi. Son état général était mauvais, son pouls à 120, très intermittent; enfin localement on constatait d'une part : une grosse hernie épigastrique du volume d'une tête de fœtus, douloureuse, irréductible et sonore, d'autre part une petite hernie sus-ombilicale également douloureuse. L'abdomen était énorme tant par le ballonnement que du fait de l'obésité.

L'opération ne présente de particulier que les points suivants : on était en présence d'une hernie du colon transverse avec des masses épiploïques adhérentes au sac. Au moment du débridement de l'anneau sur le doigt, il sortit un peu de gaz inodore dont l'issue ne se reproduisit plus par la suite. Or nous ne trouvions rien de suspect sur le colon hernié, pas de traces de péritonite; et nous pensions que la petite hernie sus-ombilicale pouvait être en cause; or, opérée à son tour, elle ne contenait que de l'épiploon. L'intervention ayant duré une heure et le malade s'affaiblissant, nous ne poussions pas plus loin. Il succombait lentement deux jours après sans avoir vomi mais sans le voir rendre ni matière ni gaz, malgré l'introduction d'une sonde et d'une enteroclyse. L'autopsie montra qu'au niveau des régions herniaires tout était en bon état : pas de gangrène, pas de perforations, pas d'étranglement persistant : les gaz passaient d'un bout du colon à l'autre. Mais par contre le cœcum présentait des lésions vers lesquelles rien de suspect ne nous aurait guidé lors de l'intervention : lésions absolument indépendantes des zones d'étranglement; les parois en étaient amincies, ecchymotiques, noirâtres par endroits,



surtout du côté antéro-externe où l'on voit nettement de petites perforations. Il contenait des scybales énormes et dures. Rien du côté de l'appendice, pas d'autres ulcérations intestinales. Malgré ces perforations il n'y avait aucune trace de péritonite généralisée, les lésions péritonéales péricœcales étaient elles-mêmes peu accusées et il n'y avait pas d'adhérences protectrices.

#### Observation IX.

Jos GODART. — Hernie épigastrique étranglée. (*La Polyclinique de Bruxelles*, 15 avril 1911).

Le cas a été observé chez un homme de 65 ans. Depuis vingt ans environ, le sujet avait remarqué une grosseur du volume d'une petite noix à peu près à mi-chemin du sternum et de l'ombilic, à un centimètre à droite de la ligne médiane; cette tumeur disparaissait parfois, mais jamais elle n'avait occasionné de troubles intestinaux, ni éveillé de vives douleurs.

Depuis quelques années, le volume avait augmenté légèrement, sans provoquer autre chose qu'une gêne très supportable, n'empêchant en rien les occupations et le travail habituel.

La tuméfaction, qui ne disparaissait plus depuis quelques mois, a subitement augmenté de volume et est devenue très douloureuse. Le malade est alité depuis trois jours; comme les douleurs persistent et que des vomissements sont apparus, on recourt aux soins d'un médecin. Depuis l'apparition des douleurs il n'y a plus eu de selles ni d'émission de gaz. Une intervention immédiate fut jugée nécessaire et, le 4 mars, nous avons avec l'aide des Docteurs Pira et Demolin, pratiqué la cure radicale de cette hernie.

La tumeur avait le volume d'une mandarine, était cyanosée, très douloureuse à la pression, absolument immobile et paraissant se continuer dans l'abdomen par un pédicule de la grosseur du doigt. La percussion légère nous donnait de la matité. Après incision de la peau, nous sommes arrivés sur une masse épiploïque de couleur feuille morte du volume d'une mandarine. Le paquet épiploïque fut réséqué. Le sac herniaire était double, nous l'avons réséqué ainsi que la peau qui enveloppait la tumeur. Guérison sans complication.

### Observation X.

POTHÉRAT. — *In-thèse Fabre.*

Femme de 53 ans, porteuse d'une volumineuse tumeur présentant des signes d'étranglement.

La malade a eu sa première grossesse à 35 ans, l'accouchement fut normal et se fit à terme. Le dixième jour des suites de couches, on s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur grosse comme une noisette que l'on réduit facilement et derrière laquelle on peut introduire la pulpe du doigt ; cette tumeur siégeait à 8 centimètres environ au-dessus de l'ombilic et un peu à droite de la ligne médiane. A 37 ans, la malade a eu une seconde grossesse ; à cette époque, la tumeur avait le volume d'une grosse noix. Troisième grossesse à 39 ans. Accouchement provoqué à huit mois. L'éventration, très augmentée de volume, aurait constitué une gêne pour l'accommodation.

Depuis cette époque elle a encore augmenté et elle est grosse comme une tête de fœtus à terme. La tumeur est ovoïde, bosselée, large de seize travers de doigt ; même dimension en hauteur. L'ombilic est sur le versant gauche de la tumeur ; la percussion donne alternativement de la matité et de la sonorité.

Depuis un mois, la malade présente tous les jours des vomissements ; l'éventration est devenue douloureuse depuis 8 jours. Par moment, la douleur est plus intense, et en même temps la tumeur durcit et présente des mouvements péristaltiques. Les vomissements deviennent noirâtres. Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'a pas rendu de gaz et n'a eu aucune selle ; la tumeur est tendue, irréductible, le pouls est rapide.

Le 24 octobre, la malade présente de la dyspnée et son pouls est incomptable.

Intervention par M. Guibé. On tombe sur un sac qui contient le grand épiploon hypertrophié, rougeâtre, et presque tout le colon transverse. L'orifice herniaire a un diamètre de 4 travers de doigt ; le collet et l'épiploon sont reliés par quelques adhérences ; on resèque l'épiploon et on opère la réduction de la tumeur après débridement de l'orifice. Pendant l'opération, la malade a eu des vomissements abondants et noirs, et aussitôt revenue dans son lit elle meurt.

A l'autopsie, l'intestin est normal sans autre cause d'occlu-

sion; on voit l'étranglement sur les deux extrémités du colon transverse. La paroi abdominale présente une ligne blanche très élargie et l'orifice herniaire; le muscle droit du côté gauche est très aminci et atrophié à ce niveau; du côté opposé, le muscle est épais et présente une encoche déterminée par la hernie. Les pièces ont été présentées par M. Vignes à la Société Anatomique de novembre 1910.

#### Observation XI.

Forbes FRASER. — Royal United Hospital Bath. (*The Lancet*, London, Septembre 1913, II, 796).

Il s'agit d'une femme née le 26 janvier 1812, âgée de 101 ans et 3 mois le jour de l'opération. Elle n'est pas mariée et a toujours eu une excellente santé.

Depuis quelques années, ses parents qui la soignent se sont aperçus qu'une tuméfaction s'est produite dans la région supérieure de l'abdomen; occasionnellement elle augmente de volume et devient douloureuse mais ils ont toujours pu la réduire par une simple pression. Le 8 mai dernier, la tuméfaction est devenue plus douloureuse et n'a pu être réduite. Dans la nuit, la malade a eu un vomissement. Son médecin la visite le lendemain matin, porte le diagnostic de hernie étranglée et m'appelle en consultation. Quand je la vis, douze heures s'étaient écoulées depuis le début des accidents; on trouvait sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, une tuméfaction globuleuse, tendue, grosse comme une pomme, très douloureuse et irréductible. L'état général de la malade était bon. Bien que ses artères soient athéromateuses, son grand âge ne semblait pas être une contre-indication à intervenir.

Scopolamine (gr. 1/100) et morphine (gr. 1/6) furent injectées sous la peau; une heure après, la malade était endormie. Une solution de Backer (eucaine 6 et adrénaline) fut largement injectée dans le tissu cellulaire de la ligne d'incision et très profondément autour du collet du sac. On n'eut pas besoin d'autre anesthésique. J'opérai avec l'assistance du Docteur Blathwayt; j'abordai la hernie par une incision elliptique transversale. Le sac herniaire sortait par une seule ouverture circulaire de la ligne blanche; la limite de la partie inférieure

était située à un pouce au-dessus de l'ombilic. Ce sac contenait un nœud de colon transverse étranglé et de l'épiploon adhérent. L'orifice fut agrandi, le colon enfoui dans l'abdomen, l'épiploon et le sac ligaturés et reséqués; l'ouverture fut refermée par la méthode de Mayo.

L'opération fut bien supportée par la malade, qui ne se réveilla que plusieurs heures après. Malgré l'anesthésie locale le shock opératoire fut extrême, la malade fut agitée, hallucinée et refusa pendant longtemps toute nourriture.

Elle revint cependant à son état normal; sa plaie, fréquemment badigeonnée à la teinture d'iode, ne s'infecta pas malgré la difficulté des pansements; elle se ferma par première intention quinze jours après l'intervention. Actuellement (août), son état est excellent.

---

#### Observation XII.

W.-C. DANFORTH, Chirurgien Evanston Hospital, Illinois. (*The Journal of the American Medical Association*, 1915, vol. LXIV.)

Un homme de 80 ans avait depuis un certain nombre d'années une tuméfaction sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. Cette tuméfaction, qui de toute évidence était une hernie épigastrique, montra brusquement des signes d'étranglement. Il est probable que l'étranglement était survenu après une bronchite qui avait occasionné une forte toux. On intervint immédiatement.

La hernie sortait par une ouverture située à trois pouces au-dessus de l'ombilic. Il y avait un sac péritonéal distinct qui contenait une masse d'épiploon grosse comme une orange. Cette masse fut reséquée, l'ouverture fermée et les plans suturés. Le malade guérit de son intervention mais sa bronchite fut considérablement aggravée par l'anesthésique. Il fut malade pendant très longtemps.

---

#### Observation XIII.

GATEWOOD. — *Journal of the American Association*, Chicago, 1916.

C'est un homme âgé de 40 ans, entré au Presb. Hosp. le 9 avril 1915. Trois jours avant son admission, le malade fut pris d'une forte et continuelle douleur dans la partie supérieure

de l'abdomen, et une tuméfaction du volume d'un citron fut notée à mi-chemin entre l'ombilic et le cartilage xiphoïde.

Cette masse est restée sans changement depuis qu'on s'en est aperçu sauf qu'elle est devenue douloureuse. Les vomissements ont commencé en même temps que le début de la douleur et ont été à peu près continuels. Le malade se plaint de la soif et a été incapable de ne rien garder depuis trois jours.

Une petite tumeur épigastrique existait depuis l'enfance; il dit qu'elle était apparue après un accident dans lequel un wagon était passé sur lui.

Il raconte également un certain nombre de crises similaires dont aucune n'a duré plus de quelques heures. Dans chaque crise la tumeur signalée devenait plus grosse et plus douloureuse.

*Examen physique.* — Le malade est un homme de bon état général, mais vomissant continuellement. Sa température, à l'admission, est de 99°2 F., et sa peau est froide. L'abdomen est modérément distendu. Il n'y a pas de matières fécales dans le rectum.

A deux pouces et demi environ au-dessus de l'ombilic, on trouve une masse ovoïde ferme mesurant deux pouces et demi de diamètre. Cette masse est fixée sur la ligne médiane de l'abdomen et très douloureuse au toucher; la peau sus-jacente est rouge, mais ce fait peut être imputable aux applications chaudes qui furent faites.

Le diagnostic de hernie épigastrique étranglée fut fait et l'opération pratiquée immédiatement.

*Opération.* — Faite sous novocaïne au 1/200<sup>e</sup> et adrénaline en anesthésie sous-cutanée. Une incision de six pouces de longueur, transversale, fut faite trois pouces au-dessus de l'ombilic. La graisse sous-cutanée est soigneusement reséquée jusqu'à ce qu'on trouve une tumeur, grosse comme un citron. Cette tumeur est libérée de toute la graisse jusqu'à sa base. C'était un sac herniaire sortant par une ouverture presque circulaire de la ligne blanche.

Quand le sac fut ouvert, une petite quantité de liquide brun foncé s'échappa. Le péritoine était congestionné, granuleux et sans lustre. Dans le sac on trouvait à peu près quatre pouces

de petit intestin, probablement la portion supérieure du jéjunum, avec de l'épiploon adhérent. L'intestin était brun noir mais sa coloration devint meilleure quand on eut enlevé l'anneau de constriction. Une bande d'un pouce et demi de long et un quart de pouce de large resta grise et sans tendance à changer de couleur. On enfouit cette partie par des points à la Lembert, et l'intestin fut rentré.

L'épiploon adhérent fut ligaturé et reséqué ; il y avait une petite masse de graisse adhérente à la partie supérieure du sac. On ferme au moyen de la méthode de Mayo, imbriquant de dessus vers le dessous au moyen de trois forts catguts.

Guérison par première intention.

#### Observation XIV.

GATEWOOD. — Prebyterian Hospital. (*The Surgical Clinics of Chicago*,  
avril 1919, vol. 3, n° 2).

Cette malade est entrée à l'hôpital la nuit dernière. C'est une juive russe âgée de 67 ans. Sa santé générale a été bonne jusqu'à ces dernières années où elle a eu un peu de dyspnée d'effort, d'œdème des jambes en ce moment complètement disparus. Elle a eu dix enfants dont le plus jeune a 25 ans. En 1893, à la suite d'un effort prolongé, elle a remarqué une tuméfaction dans la région de l'ombilic qui a graduellement augmenté de volume, mais n'a pas plus de trois centimètres de diamètre en ce moment. Un certain nombre de fois, elle a ressenti une douleur violente dans cette région durant quelquefois plusieurs heures mais qui ne s'est pas accompagnée de vomissements. A ces moments, il y aurait eu une tuméfaction notable de l'ombilic ou juste au-dessous.

La malade a eu une de ces crises il y a 9 jours, et la douleur a persisté, intermittente depuis lors. Hier soir elle a commencé à vomir et sa douleur est devenue paroxystique. Sa température est de 98°6 F., son pouls est à 120. Elle est habituellement constipée, mais une bonne selle a été obtenue par un lavement.

L'examen montre une femme obèse, avec un abdomen tendu, tympanique mais peu douloureux. Le faciès est anxieux. Immédiatement au-dessous de l'ombilic, on trouve une petite masse de 3 centimètres de diamètre qui est si douloureuse que tout

examen soigneux est impossible. J'ai fait le diagnostic de hernie ombilicale étranglée et je vais l'opérer de suite. A cause de l'âge et de l'état général, l'anesthésie locale serait préférable mais, ne pouvant communiquer avec elle, nous employons l'éther. Je fais une large incision elliptique et dissèque la peau et le tissu cellulaire jusqu'au feuillet antérieur des droits de façon à bien montrer la ligne blanche.

Un sac de hernie ombilicale de 6 centimètres de diamètre est isolé soigneusement. Comme j'incise le sac, je trouve qu'il est rempli d'épiploon œdématié et adhérent aux lèvres, montrant par l'ancienneté des lésions que l'épiploon est dans le sac depuis des années. L'épiploon est actuellement entièrement libre et j'ai lié tous les points qui saignent. Il ne me semble pas que cela puisse expliquer tous ces symptômes aigus et, en remplaçant son moignon épiploïque, je vais explorer l'abdomen.

Je puis sentir une masse, adhérente à la paroi abdominale à peu près à 5 centimètres au-dessus de mon ouverture abdominale. Il semble que ce soit le colon transverse. Disséquant quant le tissu cellulaire et le fascia au-dessus, je trouve une seconde hernie qui ne sort pas assez pour déformer l'abdomen.

Si la malade n'avait pas été si pusillanime et par un examen attentif j'aurais pu sentir cette masse. C'est évidemment une hernie épigastrique étranglée, probablement la cause des symptômes actuels. Isolant le sac, je trouve qu'il est en forme de champignon et a peu de trois centimètres dans son plus grand diamètre. L'ouvrant par une incision transversale, je trouve qu'il contient de l'intestin violet et du liquide en grande quantité brun foncé.

Par les bandes musculaires et les appendices épiploïques, je sais qu'il s'agit du colon transverse. Du fait qu'il y a seulement une partie de la circonférence du gros intestin qui est étranglée, on fait le diagnostic de hernie de Richter.

Il est nécessaire d'inciser la ligne blanche de chaque côté pour permettre d'examiner la portion étranglée. Il y a un anneau de un centimètre de diamètre au niveau de la constriction. Application d'eau chaude. Enfouissement de la portion étranglée par quelques points de Lembert. Ligature et resection du sac. Fermeture à la Mayo, de haut en bas.

---

### Observation XV.

D. Calvin SMYTH. — Transaction of the Philadelphia Academy of Surgery.  
Meeting of may 1920. Vol. LXXII.

Une femme âgée de 68 ans, pesant 134 kilogs, fut admise le 19 décembre 1919, dans le service du Docteur Ross, au Methodist Hospital, se plaignant de souffrir de l'abdomen et de vomissements. Depuis huit ans elle avait une tuméfaction au-dessus de l'ombilic; il y a quatre ans, cette tumeur avait brusquement augmenté de volume et nécessité pendant une période le port d'un bandage et d'une ceinture abdominale. Depuis la tuméfaction sortait la nuit, mais elle avait l'habitude de la réduire en se levant. Elle n'avait eu aucune difficulté à faire cette manœuvre jusqu'au matin de son admission à l'hôpital. Environ une demi-heure après son lever, elle fut prise d'une douleur très violente à l'épigastre. Elle fut soulagée par un vomissement quelle provoqua, mais le bien-être ne dura pas et, dans les trois ou quatre heures qui suivirent, elle eut huit vomissements et la douleur augmenta lentement. Le médecin ordonne son transfert à l'hôpital; aucun essai de réduction n'a été fait avant son admission.

On note, à ce moment, un état général mauvais; elle est un peu fatiguée mais souffre peu. On sent une tumeur du volume d'une grappe de raisin dans la région épigastrique, quatre pouces au-dessus de l'ombilic; elle est située à droite, est dure, immobile. L'examen de l'abdomen montre un péristaltisme exagéré avec une légère distension.

*Opération.* — Anesthésie à l'éther; l'abdomen est ouvert sur la ligne médiane, donne accès sur le sac qui est incisé. L'ouverture du sac est immédiatement suivie de l'écoulement d'un liquide jaune paille, d'une quantité de 250 centimètres cubes environ. L'épiploon, qui était dans la hernie depuis un certain temps, était dans un état avancé de dégénérescence. Il était adhérent au sac et fut libéré avec la plus grande difficulté, une portion de colon transverse se présenta et on put localiser le point de départ de la hernie en le suivant du doigt. Cette ouverture était une faille transversale de la ligne blanche qui



n'admettait pas la pénétration de deux doigts. On l'ouvrit de dedans en dehors. L'intestin était décoloré, mais l'anneau enlevé il reprit vite une coloration normale; il fut rentré dans l'abdomen, l'épiploon excisé et le sac traité comme d'usage. Fermeture de la plaie. Guérison sans incident le 21<sup>e</sup> jour. Pas de récurrence depuis.

---

## CONCLUSIONS

---

La hernie épigastrique est peu fréquente, son étranglement est rare : la littérature n'en rapporte que seize cas, auxquels doit s'ajouter notre observation inédite.

L'étude de ces cas montre que l'étranglement est plus fréquent chez la femme que chez l'homme; il survient chez l'adulte ou à un âge avancé, un effort minime peut en être la cause occasionnelle.

L'anatomie pathologique nous apprend que l'orifice est très étroit et tranchant, que ce sont surtout les entéroécèles, et, parmi ces dernières, celles qui contiennent du colon transverse, qui s'étranglent le plus souvent.

Selon que l'étranglement porte sur le grêle ou le transverse, on observera deux syndromes : vomissements précoces, état général plus rapidement atteint dans le premier cas ; phénomènes d'occlusion lente avec vomissements tardifs, état général plus longtemps conservé dans le second cas.

L'étranglement peut s'établir de deux façons : soit d'emblée et brusquement à l'occasion d'un effort, soit pendant une crise douloureuse qui, dans d'autres circonstances, s'était amendée.

Lorsqu'on est arrivé par élimination à diagnostiquer l'existence d'une hernie épigastrique étranglée, il faut se souvenir que l'étranglement peut être confondu : avec certaines hernies épigastriques en crise douloureuse (phase aiguë) ; une poussée d'épiploïte intra-sacculaire ; avec

un pincement latéral; avec une hernie épigastrique douloureuse en relation avec un ulcère de l'estomac, ou symptomatique d'une néoplasie profonde. Chaque fois que ce doute existera, il faudra intervenir.

Le traitement sera : 1° une kélotomie simple sous anesthésie locale ou régionale si le malade est dans un état grave ou si les lésions sont étendues; 2° si l'état général est bon, une cure radicale complétée par une technique spéciale de restauration de la paroi.

VU, BON A IMPRIMER :

*Le Président,*

G. CHAVANNAZ.

VU :

*Le Doyen,*

C. SIGALAS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 Mai 1924.

*Pour le Recteur de l'Académie,*

*Le Doyen délégué,*

C. SIGALAS.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BÉRARD et COTTE. — Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. (*Lyon Médical*, 1913, cxxi, 427-430.)
- BERGER. — Traité de Chirurgie. (Duplay et Reclus, t. viii.)
- BONNET. — De la cure radicale des hernies épigastriques. (Thèse de Paris, 1886-87.)
- CAPELLE. — Résultats éloignés des opérations pour hernies épigastriques. (Analyse in *Journal de Chirurgie*, t. iii, p. 178.)
- CAYOL. — Traduction française du Traité des Hernies de Scarpa.
- CHAILLOUX. — Etude sur la hernie épigastrique et son traitement.
- CHARBONNEL et BRAU-TAPIE. — Double hernie épigastrique étranglée. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, t. xl, n° 25-26, juin 1910.)
- CHAVANNAZ. — Epiplocèle cancéreuse de la ligne blanche révélatrice d'un carcinome abdominal. (*Bull. Méd.*, 1904.)
- COLOMBET et BÉRARD. — Relations entre la hernie épigastrique et les lésions d'organes sous-jacents. (*Lyon Médical*, 16 avril 1911.)
- GUINET. — De la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. (Thèse de Lyon, 1911.)
- DANFORTH. — Strangulated epigastric hernia. (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1915.)

- DAUBIAC. — Procédé nouveau pour la cure radicale des hernies épigastriques. (*Gaz. des Hôpitaux*, Paris 1894, p. 675.)
- DELBET. — Hernie épigastrique. (*Revue générale de Chirurgie et de Thérapeutique*, Paris 1913, xxvii.)
- DUJARIER et BERGER. — Hernie épigastrique étranglée. (*Presse Médicale*, avril 1910.)
- DUNAN. — La hernie épigastrique douloureuse symptomatique d'un néoplasme abdominal. (Th. Bordeaux, 1913-14.)
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie (Paris 1918, t. vi, p. 337.)
- ERTAUD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. (Thèse de Paris, 1912-13.)
- FABRE. — De la hernie épigastrique et de l'entéroccèle épigastrique étranglée. (Thèse de Paris, 1911-12.)
- FRASER FORBES. — Strangulated epig. hernia. In a centenarian. Op. recovery. (*Lancet*, London 1913, II., 799.)
- GARENGEOT. — Mémoire sur plusieurs hernies singulières. (Mémoires de l'Académie royale de Chir., 1743, t. I.)
- GATEWOOD. — A strangulated epigastric hernia. (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1916.)
- A strangulated epigastric hernia. (*Surg. clin. Chicago*, Philadelphia, 1919.)
- GERMA. — Du pincement latéral de l'intestin et des hernies diverticulaires étranglées. (Th. Montpellier, 1886-87.)
- GODART. — Hernie épigastrique étranglée. (*La Polyclinique de Bruxelles*, t. xx, avril 1911.)
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies abdominales. (Paris 1865, p. 458.)
- GUSSENBAUER. — Uber hernia epigastrica. (*Prag. Méd. Woch.*, ix, p. 1, 1884.)
- HOTCHKISS. — Epigastric hernia. (*Annals of Surgery*, juillet 1911, t. LIV, n° 1.)
- JUST. CHAMPIONNIÈRE. — Rôle de la graisse dans les hernies. (Paris, 1896.)
- LEMIERRE. — Hernie épigastrique et dyspepsie. (Thèse Paris, 1905-1906.)

- LE PAGE. — Résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. (Thèse de Paris, 1887-88.)
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies.
- MALGAIGNE. — Leçons sur les hernies, 1847.
- *Journal de Chirurgie*, 1843-44.
- MATHIEU. — De la valeur séméiologique de la hernie épigastrique douloureuse. (*Quinzaine therap.*, 25 mars 1913.)
- MICHELEAU. — La hernie épigastrique. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1919.)
- MOSCHOWITZ. — The pathogenis and treatment of hernia of linea alba. (*Surg. Gynec. and Obst. Chicago*, 1914, XVIII, 504-507.)
- Strangulated epigastric hernia. (*Surg. Gynec. and Obst. Chicago*, 1914, XIX, 520-522.)
- Epigast. hernia without palpable swelling. (*Trans. Am. Surg. Ass. Philadelphia*, 1917.)
- PATEL. — *Lyon Médical*, septembre 1906.
- Hernies, fasc. XXV. (Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.)
- POISSON et LANOUÉ. — Hernie épigastrique et ulcère de l'estomac. (*Gazette Médicale de Nantes*, 30 novembre 1909.)
- PRINCETEAU. — Cure radicale de l'éventration large xypho-ombilicale par un nouveau procédé. (Soc. Anat. et Physiol. de Bordeaux, 2 avril 1903. — Congrès de Chirurgie, 1906.)
- POTHÉRAT. — Hernie épigastrique étranglée. (Société Anatom. Paris, 1910. — In Thèse Fabre, 1911-12.)
- POULET et BOUSQUET. — Pathologie externe, Paris 1885.
- RIDGWAY. — Trois cas de hernies épigastriques étranglées. (*British Med. Journal*. — Analyse in *Journal de Chirurgie*, t. VI, p. 188.)
- SAUGEON. — Les hernies épigastriques chez l'enfant. (Thèse de Bordeaux, 1906-1907.)
- SEBBA. — Contribution à l'étude des hernies étranglées de la ligne blanche. (*Deutsche Méd. Wochenschrift*, 1909, p. 1880.)

- SEGOND. — Cure radicale des hernies. (Thèse d'agrégation, Paris 1883.)
- SMYTH. — Strangulated epigastric hernia. (*Am. Surg. Philadelphia*, 1920.)
- TARTRA. — *Journal de Médecine et Pharmacie*, 1805.
- TÉMOIN. — Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche. (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1902, t. XI, p. 215.)
- VALLOT. — Hernie épigastrique. (Thèse de Lyon, 1906-1907.)
- VERNET. — Contribution à l'étude des pincements de l'intestin par les fissures sus-ombilicales. (Th. Paris, 1890-91.)
- WIESINGER. — Hernie de la ligne blanche, étranglement et gangrène. (*Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie*, 1903, t. XLVII.)

