

pratique seule permet de juger s'il existe ou non des lésions de l'intestin ; elles se produisent d'une façon quelquefois si rapide que rien ne permet de préjuger dans un sens ou dans l'autre. Quant au débridement, bien que la lésion des artères n'ait guère été observée d'après Gosselin, il faudra, pour éviter les écueils que nous avons signalés, débrider en bas et en dedans sur le ligament de Cooper, ou bien un peu en haut ; on se trouvera donc bien de petits débridements multiples. L'application des procédés de cure radicale est ici facile et parfaitement de mise, d'autant plus que la hernie crurale a fourni à cette méthode ses plus beaux résultats.

## IV

## COEXISTENCE DES HERNIES INGUINALE ET CRURALE

Très souvent la hernie inguinale s'accompagne d'une hernie crurale siégeant du côté opposé ; le plus fréquemment la hernie inguinale siège à droite et la crurale à gauche. Cette double infirmité, observée par Berger 111 fois chez l'homme, 70 fois chez la femme, offre de réelles difficultés à la contention, la traction de la pelote inguinale attirant en haut la pelote crurale.

Mais il arrive également que ces deux variétés de hernies coexistent du même côté (224 cas de Berger). Cette coexistence est unilatérale, ou bilatérale, plus fréquente également chez l'homme que chez la femme.

Les deux variétés de hernies peuvent être absolument distinctes l'une de l'autre : il existe alors deux tumeurs distinctes, le plus souvent de volume moyen. Mais très souvent les deux hernies paraissent se souder et se fondent en une saillie bilobée, occupant toute la région de l'arcade crurale, et déprimée au niveau de ce ligament fibreux.

De pareilles hernies ne sont guère justiciables que du traitement palliatif par les bandages, d'autant plus que la flaccidité des orifices herniaires rend ici les complications peu fréquentes.

## CHAPITRE III

## HERNIES OMBILICALES

*La hernie ombilicale est une tumeur de la région ombilicale contenant dans son intérieur un ou plusieurs viscères de l'abdomen ; on l'appelle encore exomphale, omphalocèle.*

C'est avec intention que l'on base cette définition sur la région occupée par la tumeur et non sur le trajet qu'elle suit. Ce trajet, chez l'adulte au moins, a donné lieu à de nombreuses discussions : les uns pensant que la hernie était presque toujours *parombilicale* (J.-L. Petit, Richter, Scarpa), les autres (et c'est l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui) admettant que dans la majorité des cas les viscères herniés passent bien par la cicatrice ombilicale.

**Notions anatomiques et embryogéniques.** — 1° Dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine, l'embryon humain se nourrit et s'accroît principalement aux dépens d'organes accessoires situés en dehors de ce qui sera plus tard la cavité abdominale : vésicule ombilicale, vésicule allantoïde, circulation vitello-allantoïdienne.

Les parois abdominales incomplètement développées limitent entre elles un vaste orifice par lequel s'échappent une partie des viscères de la cavité et le pédicule des vésicules ombilicale et allantoïde.

2° A partir du troisième mois, les parois sont suffisamment rapprochées pour ne plus former qu'un anneau, l'anneau ombilical, par lequel sort le cordon ombilical ; la cavité abdominale est assez développée pour contenir normalement les viscères.

3° A la naissance, et pendant que s'opère la cicatrisation du cordon, l'orifice ombilical se trouve dans des conditions de faiblesse spéciale. Cette période du développement a aussi ses hernies ombilicales particulières ;

4° Enfin l'anneau est constitué définitivement ; on y trouve une cicatrice cutanée, froncée, plus ou moins cachée dans une dépression de la paroi abdominale et présentant le plus souvent deux plis : l'un inférieur, plus grand, à concavité dirigée en haut ; l'autre supérieur, plus petit, inclus dans le premier, à concavité dirigée en sens inverse.

Au-dessous, se voit dans l'aponévrose de la ligne blanche un orifice dont le contour semble formé par des fibres entre-croisées.

Richet décrit à sa face profonde un faisceau élastique, sorte de sphincter qui jouerait un rôle important dans la mortification de la partie extra-embryonnaire du cordon.

La demi-circonférence supérieure de l'anneau est occupée par la veine ombilicale, mais celle-ci adhère mal au contour de l'orifice; il n'est pas rare de voir de la graisse s'échapper par là; la demi-circonférence inférieure, au contraire, est remplie par trois cordons fibreux qui adhèrent intimement entre eux et à la cicatrice ombilicale: au milieu l'ouraqué, sur les côtés les cordons fibreux des artères ombilicales.

Ces divers faisceaux se dirigent immédiatement en bas, tandis que la veine ombilicale se porte en haut et à droite vers le foie; enfin on a signalé à la face profonde l'existence d'une lamelle celluleuse de 3 à 4 doigts de haut, tendue transversalement en arrière de la veine ombilicale: c'est le *fascia umbilicalis* du professeur Richet. Cette disposition anatomique existe certainement, toutefois elle n'est peut-être pas aussi fréquente que le dit Richet; lorsqu'elle existe, elle constitue un véritable trajet occupé par la veine et de la graisse, et l'on conçoit bien que les viscères puissent suivre cette voie pour constituer la hernie ombilicale chez l'adulte.

Tantôt la hernie ombilicale se constitue pendant la période intra-utérine du développement de l'anneau ombilical, elle est dite *congénitale*; elle l'est réellement dans toute l'acception du mot, puisqu'elle existe à la naissance.

Tantôt elle se développe après la naissance, brusquement dans un effort, plus souvent avec lenteur par suite d'un affaiblissement de la cicatrice, ou de quelque autre disposition; elle est, dans ce cas, *acquise* ou *accidentelle*.

## I

## HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE

La *hernie ombilicale congénitale*, envisagée relativement à l'époque de sa formation et aussi dans sa constitution anatomique, présente deux variétés très importantes:

- 1° Une variété embryonnaire;
- 2° Une variété fœtale.

La première de ces variétés, surtout quand elle est très volumineuse, est bien plutôt une malformation, une véritable éventration, qu'une hernie proprement dite. Elle a pour caractère fondamental de ne pas être recouverte par la peau et de ne pas présenter de sac herniaire.

La seconde tend à établir une transition entre la hernie congénitale et la variété infantile de la hernie acquise.

Les deux variétés de la hernie ombilicale congénitale ont un grand caractère commun: leur enveloppe extérieure est constituée par la gaine du cordon et son enveloppe amniotique; mais on trouve en dedans de cette membrane, à laquelle elle est unie par la gélatine de Wharton, une seconde paroi excessivement mince, et essentiellement différente, suivant qu'on a sous les yeux une hernie fœtale ou une hernie embryonnaire.

Dans la hernie embryonnaire, une membrane mince et transparente, en continuité avec les enveloppes du cordon ombilical, et qui n'est autre que l'amnios, constitue le revêtement externe. L'enveloppe immédiate qui correspond au sac des hernies ordinaires est, ainsi que l'ont judicieusement établi Campana, Duplay, constituée par la membrane primitive de Rathke qui précède la formation des parois abdominales.

Entre ces deux feuillets, externe et interne, qui constituent les enveloppes de la hernie, se trouve, en quantité variable, un tissu analogue à la gélatine de Wharton. Les hernies embryonnaires sont donc *dépourvues de péritoine*.

Dans la *hernie fœtale*, la paroi étant presque complètement développée, le sac est bien constitué par le *péritoine*, mais celui-ci est souvent très aminci, libre ou adhérent aux viscères.

Dans l'une ou l'autre de ces variétés, la *minceur* du sac est considérable; aussi n'est-il pas rare de le voir *se rompre* dans l'amnios, spontanément ou dans les manœuvres de l'accouchement.

Le *cordons ombilical* semble *s'insérer* sur la hernie même; quelquefois cette insertion est médiane, le plus souvent elle est latérale et siège à gauche. Les éléments qui le composent sont comme ceux du cordon spermatique, tantôt dissociés (hernies embryonnaires très volumineuses), tantôt réunis et simplement rejetés sur le côté (hernies embryonnaires petites, hernies fœtales).

Le contenu de la hernie varie suivant sa variété et ses dimensions.

On a trouvé des hernies embryonnaires extrêmement volumineuses, véritables éventrations totales qui renfermaient le foie tout entier et une grande partie de l'intestin; on y a noté même la présence du cœur. Il en est d'autres, d'un volume moyen, où l'on rencontre avec ou sans intestin une portion variable de la glande hépatique; il ne saurait jamais être question d'épiploon, car cet organe à

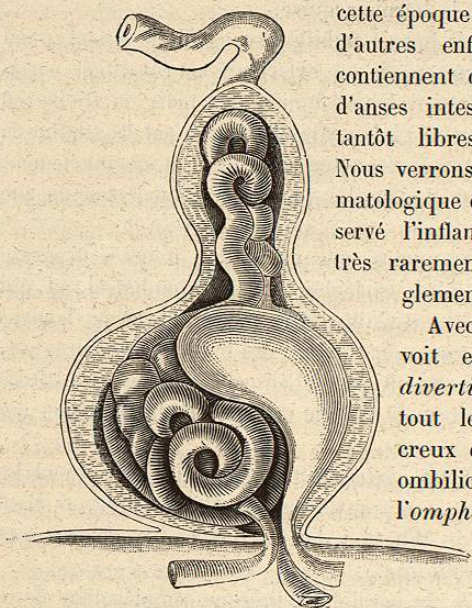


Fig. 79. — Hernie ombilicale congénitale contenant la totalité du foie et plusieurs anses intestinales (Orliac).

cette époque de la vie n'existe pas; d'autres enfin, plus petites, ne contiennent qu'un nombre variable d'anses intestinales. Celles-ci sont tantôt libres, tantôt adhérentes. Nous verrons dans l'étude symptomatologique que l'on a souvent observé l'inflammation, quelquefois, très rarement, une sorte d'étranglement.

Avec ou sans intestin, se voit encore quelquefois un *diverticule intestinal*, surtout le vestige du pédicule creux qui reliait la vésicule ombilicale à l'intestin : c'est l'*omphalocèle diverticulaire*.

La *hernie de l'anse vitelline* est caractérisée par la présence à la base du cordon d'une

petite tumeur irréductible, formée par l'anse intestinale qui porte le conduit vitello-intestinal, anse qui est restée adhérente à l'ombilic.

Semblablement l'ouraque peut rester perméable et une partie de ce pédicule allantodien peut exister dans la hernie ombilicale : c'est l'*exomphale urinaire*. Ces deux cordons, par leur développement même, sont en dehors du sac péritonéal quand il existe.

**Étiologie.** — De cet exposé anatomo-pathologique résulte donc ce fait important, seul bien démontré aujourd'hui, qu'il n'y a pas d'autre cause à la hernie congénitale qu'un arrêt de développement des parois, plus ou moins complet suivant la variété embryonnaire

ou fœtale. Quant aux causes de cet arrêt, on a invoqué la péritonite adhésive (Simpson), la rétraction intra-utérine des muscles abdominaux (J. Guérin), la compression du fœtus, des attitudes vicieuses (Cruveilhier); rien de tout cela n'est établi. On sait seulement, d'après les expériences de Scarpa, que les tiraillements du cordon, la compression des viscères, favorisent la formation d'un sac ombilical. Duplay n'est pas éloigné de croire que l'intestin peut ne s'engager, dans certaines hernies fœtales, qu'après la naissance; on aurait affaire à une variété de hernie congénitale qui ne serait pas forcément produite pendant la vie intra-utérine, mais qui doit encore être appelée congénitale, parce qu'elle s'effectue dans un sac créé avant la naissance. Nous avons rencontré cette disposition bien plus marquée d'ailleurs dans la hernie inguinale péritonéo-vaginale.

**Symptômes, marche et diagnostic.** — Cliniquement la hernie ombilicale offre de grandes variétés d'aspect, suivant qu'elle est embryonnaire ou fœtale, très volumineuse, de dimensions moyennes ou petites, suivant enfin qu'elle est réductible ou irréductible, enflammée, peut-être même étranglée. Nous essayerons de faire passer sous les yeux les principaux types.

Tantôt on voit des enfants qui viennent de naître avec une énorme hernie ombilicale, d'origine embryonnaire, renfermant une grande partie des viscères de l'abdomen qui se dessinent par transparence à travers les minces enveloppes distendues du cordon ombilical. La peau, arrêtée dans son développement, enferme pour ainsi dire le pédicule de la hernie d'un collet plus ou moins circulaire. Ce sont de véritables monstruosité, bien souvent incompatibles avec la vie, coexistant ou non avec d'autres malformations. Lorsque le fœtus n'est pas mort-né, au moment de la chute du cordon, le péritoine se trouve ouvert, et une péritonite suraiguë suit cette ouverture; cependant on a observé la survie avec persistance de la hernie; la membrane interne de la hernie subsistait après la chute du cordon, devenait granuleuse, bourgeonnait et finissait par donner naissance à un tissu cicatriciel, d'où une guérison partielle ou même totale, le sujet ne conservant qu'une proéminence de la région.

La hernie peut être de moyen volume et renfermer, soit une quantité variable d'intestin reconnaissable à sa mollesse, à sa sonorité à la percussion, soit une portion variable de la glande hépatique, masse dure, incomplètement réductible, mate à la percussion, dans laquelle

on peut parfois à la palpation reconnaître le bord tranchant du foie ; c'est dans ces cas surtout que le cordon s'insère au côté gauche de la tumeur. La hernie peut sans doute encore se rompre, s'enflammer, mais la guérison devient plus fréquente.

En troisième lieu la hernie est petite, le plus ordinairement d'origine fœtale et non embryonnaire ; elle renferme une petite anse intestinale dans un mince sac péritonéal, et, en règle générale, elle guérit spontanément ; mais parfois, accident fort important à reconnaître, elle passe inaperçue, et le chirurgien lie avec le cordon l'anse intestinale qui y était incluse, ce qui nous amène à parler de l'*étranglement* dans les hernies congénitales.

Il est évidemment rare ; l'arrêt du développement de l'anneau, les dimensions du sac, ses caractères anatomiques se prêtent plutôt à l'*inflammation*. Nous avons déjà dit que celle-ci pouvait amener des adhérences et même une péritonite grave. Quelques faits rares semblent cependant établir la possibilité de l'étranglement. Presque toujours la hernie congénitale étranglée est une hernie fœtale de petit volume, et son étranglement purement artificiel, en quelque sorte, est opéré par la ligature posée sur le cordon ombilical : mais, particularité fort curieuse, et sur laquelle a bien insisté Gosselin, les symptômes sont d'une bénignité étonnante ; on voit se former un abcès stercoral, une fistule par laquelle sortent quelques matières jaunâtres, d'apparence fécaloïde, puis petit à petit tout se ferme et guérit spontanément. Duplay a proposé pour ces faits une explication des plus satisfaisantes : il est bien probable que dans ces cas il s'agit de diverticules intestinaux liés par mégarde.

L'exomphale diverticulaire est évidemment presque impossible à diagnostiquer ; quant à l'exomphale urinaire, la présence d'une tumeur fluctuante liquide à la base du cordon, se continuant avec l'ouraque, pourra parfois permettre ce diagnostic.

Le diagnostic doit encore révéler au chirurgien quelques points complémentaires sur la hernie ombilicale ; un examen attentif lui fera connaître si la tumeur est complètement ou incomplètement réductible, si elle est irréductible par adhérences ou par perte du droit de domicile, si elle est enflammée ou même étranglée.

**Pronostic.** — Le pronostic des énormes monstruosité ombilicales mentionnées plus haut est extrêmement grave pour les raisons indiquées ; nous avons vu cependant que la guérison spontanée était

possible. La hernie fœtale, surtout peu volumineuse, est au contraire d'un pronostic favorable ; la guérison spontanée est la règle.

**Traitement.** — Jusqu'à ces derniers temps, la conduite du chirurgien se bornait à surveiller attentivement la chute du cordon, à prévenir et à modérer autant que possible l'inflammation et la péritonite par un pansement antiseptique de la région ombilicale. On obtiendra ainsi la guérison des hernies petites, facilement réductibles, sans tendance à la rupture.

Dans les conditions opposées, hernies embryonnaires volumineuses, adhérentes, pourvues d'enveloppes minces prêtes à se rompre ou à se sphacéler, l'intervention s'impose. A moins d'indications particulièrement pressantes, étranglement, rupture confirmée ou péritonite, on attendra pour opérer le lendemain de la naissance (Berger). C'est à la réduction des viscères après ouverture du sac qu'il convient d'avoir recours, on termine par la suture des bords de l'orifice.

Cette cure radicale pratiquée dans 52 cas a donné 26 guérisons et six morts (Lindfors, Berger). Ces dernières doivent être attribuées au retard apporté à l'intervention, à la péritonite commençante et aux difficultés opératoires créées par les adhérences intestinales et hépatiques.

## II

### HERNIE OMBILICALE ACCIDENTELLE

Les viscères peuvent faire hernie par la cicatrice ombilicale à tous les âges de la vie à partir de la naissance ; mais le travail de cicatrisation, qui suit la chute du cordon, crée, pour un temps, des conditions spéciales de développement. Aussi décrit-on séparément la hernie ombilicale des enfants, hernie de la première ou même de la seconde année de la naissance, et la hernie ombilicale des adultes.

**A. Hernie ombilicale des enfants.** — Après la chute du cordon, l'orifice ombilical est le siège d'un travail cicatriciel dont les lois ont été clairement établies par Robin ; ce processus amène la formation d'une cicatrice, surtout résistante à la partie inférieure, autour de l'ouraque et des artères ombilicales ; mais pendant ce travail et longtemps encore après, l'anneau ombilical reste faible, et par conséquent dans des conditions de résistance insuffisantes ; cette faiblesse