

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

originelle appartient en propre à la division particulière que nous décrivons ici.

D'ailleurs cette distinction concorde avec des caractères anatomiques et cliniques distincts. La tumeur est recouverte par la peau; le sac, presque toujours mince, est bien constitué par le *péritoine*, mais dans la hernie même *il n'y a jamais d'épiploon*, par la raison bien simple que celui-ci n'existe pas ou du moins n'est pas suffisamment développé.

Étiologie. — Cette variété est très fréquente; on l'observe surtout dans la race nègre et particulièrement dans certaines tribus; on l'a rattachée à l'existence de cordons ombilicaux mous et volumineux, qui sont sans doute en rapport eux-mêmes avec un anneau plus large. Ces dispositions pourraient être héréditaires.

Ajoutons encore qu'on a incriminé un pansement ombilical mal fait, une distension rapide de la cicatrice encore faible par des cris, des efforts, par une ascite, par des tumeurs abdominales.

Étude clinique. — C'est en général vers l'âge de trois à six mois et jusqu'à un an ou deux qu'on amène au praticien des enfants dont la cicatrice ombilicale fait une légère saillie, allongée, presque cylindrique; cette petite tumeur, absolument molle, rentre facilement par la pression, le décubitus dorsal, comme elle augmente par l'effort; elle n'est presque jamais douloureuse; on ne cite aucun fait d'étranglement, et, par conséquent, on peut dire en résumé que la hernie des enfants est remarquable par son petit volume et par sa bénignité.

Traitement. — Cependant on ne doit pas l'abandonner à elle-même, sous peine de la voir s'accroître; il faut donc faire porter un bandage au petit sujet, et ce bandage doit être aussi simple que possible: un tampon d'ouate ou de coton, une petite pelote élastique, maintenus avec une bandelette de diachylon ou de tissu élastique, remplissent parfaitement le but.

B. *Hernie ombilicale chez l'adulte.* — a. *Hernie réductible.* — Des dissections anatomiques trop peu nombreuses et des observations incomplètes ne permettent pas encore de fixer l'état de la science sur le point par lequel sortent les hernies ombilicales chez l'adulte.

Pour J.-L. Petit, Richter, Scarpa, la hernie est presque toujours *parombilicale*; A. Cooper, Malgaigne, Cruveilhier veulent qu'elle

se fasse, au contraire, presque toujours par l'anneau ombilical lui-même. Les éléments de la question, que nous possédons aujourd'hui, doivent nous faire admettre l'existence de ces deux variétés, en inclinant cependant à croire que la hernie ombilicale vraie est la plus fréquente.

Il y a donc des hernies *péri-ombilicales*, *adombilicales* (Gerdy), *susombilicales* (Gosselin), mais il y a incontestablement et plus fréquemment peut-être des hernies *ombilicales vraies*. On a même été plus loin dans ces déterminations: on sait que la hernie ombilicale vraie se fait presque toujours par la partie supérieure de l'anneau; or, si elle peut y pénétrer directement, comme l'établissent nombre d'observations incontestables, il est probable, comme certains auteurs l'admettent aussi, qu'elle s'engage quelquefois d'abord dans le trajet ombilical de Richet pour venir aboutir, après un trajet oblique, à la partie supérieure de l'anneau, à côté de la veine ombilicale.

La hernie ombilicale de l'adulte peut encore être une hernie persistante de l'enfance.

Il y a des hernies petites, moyennes et grosses; les premières ordinairement réductibles, les dernières presque toujours irréductibles.

De forme généralement arrondie, la hernie ombilicale présente de grandes variétés: une des plus connues est la *hernie trifoliée de Malgaigne*, due ou à la dépression des anses intestinales par les cordons de l'ouraque et des artères ombilicales, ou à de simples tractus fibreux.

Au-dessous de la peau, du tissu grasseux sous-cutané, ordinairement amincis et distendus, la cicatrice ombilicale, plate et dépliée, recouvre un sac péritonéal vrai, adhérent à l'anneau, parfois comme

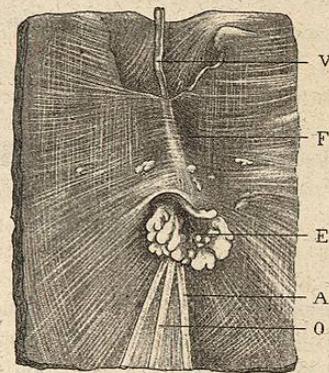


Fig. 80. — Hernie ombilicale directe, vue par la face profonde de la paroi abdominale V, cordon de la veine ombilicale; — F, fascia umbilicalis, recouvrant ce cordon; — E, section de l'épiploon qui s'engage directement dans l'anneau ombilical, au-dessous du fascia umbilicalis et de la veine ombilicale, au-dessus du point d'adhérence de l'ouraque (O) et des artères ombilicales (A) (Richard).

multiloculaire et cloisonné, toujours très mince, à collet généralement peu marqué. On a vu le sac coiffé du cordon de la veine ombilicale qu'il avait refoulé devant lui.

Dans ce cas, on trouve presque toujours de l'épiploon, caractère important des hernies de l'adulte, et en même temps une ou plusieurs anses intestinales : intestin grêle ou côlon transverse; on a signalé le cæcum et l'estomac. Il est très rare de trouver un sac

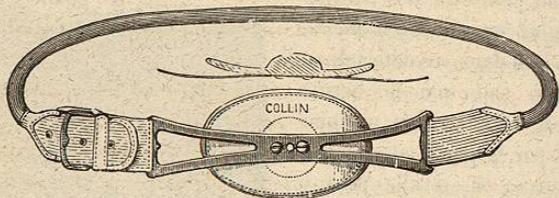


Fig. 81. — Bandage ombilical de Dolbeau. Coupe de la pelote de la plaque et du ressort.

déshabité et fermé par rétraction de son collet, mais, par contre, il est beaucoup plus fréquent, principalement chez des femmes grasses et âgées d'observer à la région ombilicale des hernies graisseuses qui ne semblent pas occuper des sacs déshabités, mais bien plutôt être des pelotons bien circonscrits du tissu graisseux sous-péritonéal.

Étiologie. — La hernie ombilicale n'est pas très fréquente : on observe environ 1 hernie ombilicale pour 2 crurales et 16 inguinales. Elle se rencontre surtout chez la femme; la grossesse, les tumeurs abdominales, peut-être l'épaisseur du tissu graisseux des parois, favorisant la dilatation préalable de l'anneau par hernies graisseuses, sont autant de conditions qui rendent bien compte de cette fréquence plus considérable.

Symptomatologie et diagnostic. — On constate, au niveau de la région ombilicale, une tumeur que nous supposons de volume moyen. De forme généralement arrondie, parfois cylindrique, plutôt un peu aplatie, elle soulève la peau de la cicatrice qu'elle distend et amincit, refoulant en général à la partie inférieure la cicatrice plus ou moins dépliée. Cette tumeur est réductible; elle se reproduit ou augmente par l'effort, la toux. Sa consistance est molle, quelquefois pâteuse, lorsque l'épiploon la constitue en grande partie; au lieu de la sonorité intestinale, on obtient alors à la percussion une matité

plus ou moins complète. Son pédicule est ordinairement dirigé transversalement ou obliquement ascendant vers la partie supérieure; il serait, dit-on, arrondi lorsque la hernie correspond à l'anneau, allongé lorsqu'elle se fait au voisinage par une éraillure de la ligne blanche.

Si la hernie ombilicale peut ne donner lieu à aucun symptôme douloureux, il n'est pas rare, surtout lorsqu'elle prend un certain volume, de voir survenir des douleurs, de petites coliques, des troubles digestifs, et cela d'autant plus que la formation d'adhérences péritonéales est fréquente.

Le diagnostic est donc le plus souvent facile : en dehors de l'hydromphale, distension de la cicatrice ombilicale par une ascite volumineuse, aucune affection ne peut être confondue avec la hernie ombilicale; il suffit, croyons-nous, d'être prévenu de la possibilité de cette erreur.

Pendant il faut savoir que la hernie est quelquefois très petite et passe facilement inaperçue chez des sujets gras; le diagnostic de la hernie graisseuse est souvent très difficile; enfin il faut s'appliquer à reconnaître la présence de l'épiploon, le degré de réductibilité de la hernie.

Pronostic. — La hernie ombilicale réductible n'est par elle-même qu'une infirmité, mais elle peut s'enflammer, devenir irréductible, s'étrangler même; bien que cet accident ne soit pas fréquent, le chirurgien doit en tenir compte dans son pronostic.

Traitement. — On ne peut donc pas, pour tous ces motifs, négliger de faire rentrer une hernie ombilicale et de la maintenir réduite. La réduction s'opérera dans un relâchement aussi complet que possible des parois abdominales; elle sera exécutée à l'aide d'une pression douce et progressive, faite plutôt de bas en haut, suivant la direction du trajet, que d'avant en arrière.

La hernie une fois réduite, on fera porter un bandage qui consistera toujours en une pelote, maintenue par une ceinture de coutil ou mieux de caoutchouc : la ceinture sera large, pour ne pas être déplacée. Il est bien rare qu'une simple pelote portée par un ressort et munie ou non d'une portion saillante engagée dans l'anneau ombilical suffise à maintenir la hernie.

D'autre part la hernie ombilicale chez l'adulte n'a pas de tendance à la guérison spontanée, aussi la cure radicale doit-elle être

aujourd'hui formellement conseillée alors que la hernie est encore peu volumineuse, réductible, indemne de toutes les complications qui, lorsque la hernie est plus âgée viennent assombrir le pronostic opératoire. La cure radicale sera assurée par la résection de l'anneau ombilical et suture consécutive (omphalectomie, Condamin, Le Dentu).

b. *Hernies ombilicales irréductibles*. — L'irréductibilité se rencontre dans un très grand nombre de hernies de l'adulte. Il s'agit la plupart du temps d'*adhérences* survenant dans les hernies volumineuses, intestino-épiploïques et encore plus épiploïques qu'intestinales, sous l'influence de petites poussées de péritonite herniaire; l'irréductibilité est, suivant les cas, complète ou partielle.

Les grosses hernies adhérentes peuvent se compliquer de l'ulcération et de la rupture de leur parois et notamment de la peau amincie, de rétrécissement partiel de l'intestin, d'arrêt de corps étrangers dans sa cavité, même d'ulcérations et perforations intestinales (un cas de Sappey).

Les hernies adhérentes, volumineuses, observées chez des sujets âgés, débilités, seront traitées simplement par la contention à l'aide d'une ceinture ou mieux d'un sac formant une sorte de suspensoir. Si, au contraire, les conditions locales et générales paraissent favorables, mieux vaut essayer la cure radicale.

c. *Hernies ombilicales étranglées*. — C'est dans la hernie ombilicale volumineuse que se voient surtout ces *inflammations herniaires*, véritables pseudo-étranglements dont nous avons eu l'occasion de parler plus haut (p. 572). Une grosse hernie devient douloureuse; sa tension s'accroît progressivement; si elle était réductible au moins partiellement, elle cesse de l'être. Des phénomènes généraux se montrent généralement assez atténués : coliques, nausées et même vomissements; le malade ne va pas à la garde-robe pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures; on administre coup sur coup un, deux ou même trois purgatifs; le cours des matières se rétablit; peu à peu les douleurs cessent et tout rentre dans l'ordre; mais la hernie reste irréductible du fait des adhérences qui subsistent. Il n'y a pas eu là un véritable étranglement, mais une simple péritonite herniaire.

Cependant l'étranglement lui-même n'est pas impossible dans les grosses hernies ombilicales; il peut d'ailleurs être la conséquence de l'inflammation même qui aura donné naissance à des adhérences

assez étroites ou assez multipliées pour déformer d'une manière définitive le tube intestinal, mettre obstacle au cours des matières et créer en définitive l'étranglement de la hernie. Dans ces conditions, l'étranglement offre ce caractère de se développer lentement; aussi la temporisation n'a-t-elle pas ici trop d'inconvénients. — Au contraire, des hernies ombilicales peu volumineuses s'étranglent quelquefois assez rapidement.

L'agent de l'étranglement paraît être rarement le collet du sac; on le trouve en effet presque toujours mince et adhérent à l'anneau ombilical; pourtant on l'a vu épaissi, rétracté et capable de produire une striction suffisante. Le plus souvent l'étranglement serait dû à l'anneau ombilical. Nous avons signalé le rôle que jouent l'inflammation, les brides, les adhérences; on a vu l'intestin s'étrangler dans une ouverture épiploïque, et même une fois dans une ouverture du sac.

Quelle est donc la conduite à tenir? — C'est, à vrai dire, la même que dans les autres étranglements herniaires: tenter d'abord le taxis, puis recourir résolument à la kélotomie. La difficulté consiste à diagnostiquer dans les grosses hernies un véritable étranglement d'une simple inflammation. Mais ici comme partout il vaut mieux admettre trop facilement un étranglement que méconnaître un étranglement qui existe. La temporisation ne devra donc jamais aller trop loin. Tout au plus au début pourra-t-on se permettre un purgatif d'épreuve. Le taxis, il faut bien le savoir, donne d'excellents résultats dans la hernie ombilicale; à une période un peu avancée, il devra comme partout être fait avec modération ou même rejeté complètement et l'on aura recours à la kélotomie.

La kélotomie a été fort discutée; Huguier la condamnait absolument comme très dangereuse à cause de l'ouverture considérable d'un sac volumineux qui débouche directement dans la cavité péritonéale et de la présence si ordinaire de nombreuses adhérences. Pour atténuer ces dangers, on a indiqué comme procédé opératoire la dilatation de l'anneau sans ouverture du sac (Richet), ou bien l'incision du collet à travers une ouverture simple du sac (Demarquay, Th. Bryant); mais les conditions habituelles de la hernie rendent ces opérations presque toujours insuffisantes. La kélotomie avec ouverture du sac, pourvu qu'elle soit faite dans de bonnes conditions d'antisepsie, donne actuellement ici d'aussi bons résultats que partout ailleurs,

et elle est parfaitement applicable, non seulement aux hernies étranglées, mais même à la cure radicale des hernies irréductibles qui deviennent trop gênantes.

CHAPITRE IV

HERNIES ABDOMINALES RARES

Les hernies inguinales, crurales et ombilicales représentent la presque totalité des hernies abdominales, 95 pour 100. Cependant le chirurgien doit être prévenu de l'existence d'un certain nombre d'autres variétés, précisément parce qu'elles sont rares, difficiles à trouver, et que par conséquent leur étranglement méconnu pourrait en imposer pour un étranglement interne.

Parmi ces hernies, les unes se font à travers la ceinture musculo-aponévrotique de l'abdomen. Ce sont :

- 1° Les *hernies de la ligne blanche ou épigastriques*;
- 2° Les *hernies dans la région des muscles droits*;
- 3° Les *hernies latérales*;
- 4° Les *hernies lombaires*.

Une seconde catégorie comprend les *hernies diaphragmatiques*. Nous rangerons dans une troisième catégorie les hernies inférieures qui traversent les échancrures que présente la ceinture du bassin :

Hernie obturatrice;

Hernie ischiatique.

Enfin, dans la dernière catégorie, on doit comprendre les hernies qui se font à travers le plancher musculo-aponévrotique du périnée, affaibli et traversé par l'urètre, le rectum et le vagin :

Hernies vaginales;

Hernies vagino-labiales;

Hernies périnéales.

1^{re} catégorie. — *Hernies à travers la ceinture musculo-aponévrotique de l'abdomen*.

I. *Hernies de la ligne blanche*. — En dehors des conditions normales de l'éventration, les muscles droits de l'abdomen ne sont sensiblement écartés qu'au-dessus de l'ombilic; la ligne blanche

n'existe donc que là, et l'on peut dire que presque toutes ses hernies sont des *hernies épigastriques susombilicales*; elles offrent avec les hernies ombilicales de nombreux points de contact.

Au point de vue de leur constitution, Terrier les subdivise en quatre groupes :

1° Hernies graisseuses simples sans participation du péritoine ou avec diverticule péritonéal infundibuliforme;

2° Hernies graisseuses, entraînant elles-mêmes un sac péritonéal avec une hernie épiploïque;

3° Hernies épiploïques simples, sans lipomes herniaires;

4° Enfin, et plus rarement, hernies intestino-épiploïques.

L'orifice de sortie siège le plus souvent à gauche de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et présente généralement à sa partie inférieure une sorte de courbe à concavité supérieure.

Le collet du sac qui sort à ce niveau offre des dispositions en rapport avec celles de l'orifice, puis se dirige tantôt longitudinalement en bas, tantôt directement en avant.

Le sac lui-même est souvent volumineux, aminci, recouvert de graisse, parfois même précédé d'une véritable hernie graisseuse; on y trouve de l'épiploon, de l'intestin grêle, une portion du côlon transverse, rarement de l'estomac, quoi qu'en ait dit Garengéot.

Suivant Malgaigne, les hernies épigastriques se rencontreraient surtout chez les femmes, et notamment chez celles dont la paroi abdominale est chargée de graisse. Les distensions produites par les grossesses répétées, par les tumeurs abdominales, joueraient le rôle de causes occasionnelles.

Telle n'est pas l'opinion de Berger qui, sur 116 cas de hernies de la ligne blanche, en a trouvé 105 chez des hommes et 11 seulement chez des femmes.

La hernie de la ligne blanche est généralement associée à d'autres hernies. Elle a pour causes les traumatismes, et peut-être certaines dispositions anatomiques : éraillures ou affaiblissements congénitaux de la ligne blanche.

D'après Witzel elle coexisterait assez souvent avec des lésions organiques de l'estomac.

Cliniquement : ou bien la hernie de la ligne blanche est petite et demande à être attentivement recherchée dans le décubitus dorsal et les cuisses fléchies par le bassin; ou bien elle est très volumineuse,