

abdominale; les autres sont formées par un kyste séreux sous-péritonéal développé dans la région ombilicale.

1° Chez les sujets atteints d'ascite, il arrive parfois que l'anneau ombilical se dilate; la cicatrice s'élargit, s'étale et est soulevée, au bout d'un certain temps, par un prolongement du péritoine qui se remplit de sérosité. C'est une *hernie aqueuse ombilicale* qui se produit dans les cas de ce genre. La tumeur ressemble parfois, pour le volume et la forme, à un dé pour coudre.

Elle prend dans d'autres cas des dimensions plus considérables, le volume du poing par exemple (Nuck, van Horne). Elle se distingue des kystes séreux sous-péritonéaux de la même région, en ce que, dans le dernier cas, la tumeur n'est pas réductible par la pression, tandis que dans le premier il est facile de refouler la sérosité dans la cavité péritonéale et de faire disparaître la tumeur qui reparait dès qu'on cesse la compression sur l'anneau ombilical.

Il arrive parfois que les tumeurs séreuses de l'ombilic, après avoir acquis un certain volume, se rompent spontanément et que la sérosité péritonéale trouve ainsi un passage facile au dehors. On cite même des cas de guérison de l'ascite par ce mécanisme (Brehm). D'autres fois, la plaie résultant de la rupture se cicatrice, puis, au bout d'un certain temps, la tumeur distendue de nouveau se rompt encore, sans que ces ruptures et ces cicatrifications amènent une guérison définitive.

2° Les *kystes sous-péritonéaux* de la région ombilicale se forment dans le tissu cellulaire qui double le péritoine. Ils donnent lieu à des tumeurs plus ou moins volumineuses, molles, transparentes, ne diminuant pas par la compression et n'occasionnant ni douleur ni incommodité. Nous avons indiqué les signes différentiels de ces tumeurs et des hernies aqueuses de l'ombilic dans l'ascite.

Les indications à remplir dans ces sortes de kystes sont les mêmes que pour l'hydropisie enkystée du péritoine (voy. p. 611). Lorsqu'on ne veut pas en entreprendre la cure radicale, de simples ponctions suffisent.

Varices. Varicomphale. Plusieurs chirurgiens ont nié l'existence des varices dans la région ombilicale; mais Ph. Boyer a rapporté une observation de tumeur variqueuse pédiculée chez un enfant de neuf ans; la tumeur était congénitale et fut traitée par la ligature du pédicule.

Pneumatomphale. Ce nom ne peut s'appliquer qu'aux hernies intestinales de l'ombilic dans lesquelles la tumeur est distendue par les gaz qui circulent dans les intestins.

Cancer. Sarcomphale. Ce genre de tumeur est rare, et l'on cite comme exceptionnelles les observations de Fabrice de Hilden, Civadier, P. Bérard. Dans le fait rapporté par Civadier, la production morbide avait acquis le volume de la tête d'un jeune enfant. Ces sortes de tumeurs se prolongent le plus souvent par un pédicule à travers l'anneau ombilical pour s'étaler dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou même pour envahir une portion du péritoine de la région ombilicale. De là le danger inhérent à l'extirpation de la masse morbide, que l'on peut du reste attaquer par la ligature, les caustiques ou l'instrument tranchant.

Il importe de ne pas confondre avec le cancer de l'ombilic les *excroissances fongueuses* qui se développent parfois chez les nouveau-nés après la chute du cordon ombilical, et qui se présentent sous la forme d'une tumeur unique ou multiple, rouge, humide, ayant de la ressemblance avec une fraise. La tumeur, tantôt saillante au dehors, tantôt cachée dans le fond de la fossette ombilicale, ne tient à la cicatrice résultant de la chute du cordon que par un pédicule étroit. On remédie à ces fongosités en les couvrant de poudre de calomel, en les cautérisant superficiellement, ou en pratiquant soit la ligature soit l'excision de la petite masse morbide.

SECTION XXXVI.

DES HERNIES ABDOMINALES.

On désigne sous le nom de *hernies* les tumeurs formées par la sortie de l'abdomen d'un viscère ou d'une portion de viscère.

Idée générale de la production des hernies. Si la cavité abdominale était limitée dans toute son étendue par des parois également résistantes et nulle part interrompues dans leur continuité, l'impulsion des viscères n'aurait d'autre effet que de soulever ces parois, sans que les viscères eux-mêmes puissent franchir l'enceinte où ils sont renfermés. Mais les parois abdominales sont interrompues dans certains points de leur continuité pour donner passage à des vaisseaux ou à des organes, ainsi l'œsophage, l'aorte, la veine cave inférieure, traversent le diaphragme, c'est-à-dire la paroi supérieure de l'abdomen; le cordon ligamenteux qui remplace les vaisseaux ombilicaux passe à travers l'anneau ombilical; le cordon spermatique sort de l'abdomen par le canal inguinal; les vaisseaux cruraux passent de l'abdomen à la cuisse par l'anneau crural, etc. Ce sont là autant d'ouvertures de l'enceinte abdominale, ouvertures comblées par les organes qui les traversent et par le tissu cellulaire, mais qui présentent une voie d'échappement pour les viscères de l'abdomen. Sous l'influence de l'impulsion incessante de ces viscères contre les ouvertures naturelles que nous venons d'indiquer, ces orifices tendent à s'élargir et permettent l'introduction dans leur aire d'une petite portion, puis d'une portion plus étendue des organes qui sont incessamment pressés contre eux.

Siège. Tous les points des parois abdominales peuvent donner passage aux viscères abdominaux. Le plus souvent cependant les hernies se forment dans les régions qui présentent naturellement des ouvertures: l'aîne, l'ombilic. On en rencontre aussi sur la *ligne blanche*, dans le *vagin*, au *perinée*, etc.

Nomenclature. Toute hernie qui se montre dans le canal inguinal, ou au niveau de l'anneau externe de ce canal, est appelée *hernie inguinale*.

Elle prend le nom de *bubonocèle*, quand elle apparaît chez l'homme à la racine du scrotum ; celui d'*oschéocèle* ou de hernie *scrotale*, quand elle descend dans les bourses ; de hernie de la *grande lèvre*, quand, chez la femme, elle se loge dans ce repli. La hernie est dite *crurale*, quand les viscères s'engagent dans le canal crural ; *ombilicale*, quand elle se montre à l'ombilic ou à la région ombilicale. Si c'est sur la ligne blanche, on l'appelle simplement *hernie de la ligne blanche* ; elle est *épigastrique*, lorsqu'elle a son siège à l'épigastre. Les viscères s'engagent-ils par le trou sous-pubien ou ovalaire, la hernie est dite *sous-pubienne* ; proéminent-ils dans la région périnéale, c'est une hernie *périnéale* ; sortent-ils par l'échancrure sciatique, c'est une hernie *ischiatique* ; s'engagent-ils dans la cavité du vagin, c'est une hernie *vaginale* ; passent-ils de l'abdomen dans la poitrine, à travers une éraillure du diaphragme, c'est une hernie *diaphragmatique*. Enfin les hernies qui se font par une autre région de l'abdomen non comprise dans l'énumération précédente sont des hernies *ventrales*.

Parties herniées. Tous les viscères abdominaux, à l'exception du duodénum, du pancréas et des reins, peuvent entrer dans la composition d'une hernie. Ceux qui s'y rencontrent le plus fréquemment sont les intestins grêles et le grand épiploon. La vessie, l'estomac, les ovaires, la matrice, se déplacent rarement, au point de sortir de la cavité abdominale. La hernie de la rate a été vue par Ruysch ; le foie a été rencontré dans certaines hernies ombilicales.

Les hernies ont été dénommées aussi d'après les viscères qu'elles contiennent. L'*épiplocèle* est la hernie formée par une portion d'épiploon ; l'*entéro-cèle*, par une portion d'intestin ; l'*entéro-épiplocèle*, par une portion d'intestin et d'épiploon à la fois ; le *cystocèle*, par une portion de la vessie. Les hernies ombilicales prennent les noms d'*épiplomphale*, d'*entéromphale*, d'*entéro-épiplomphale*, suivant qu'il entre dans leur composition une portion d'épiploon, d'intestin, ou de ces deux organes à la fois.

Anatomie et physiologie pathologiques. Sous ce titre, nous comprenons non-seulement l'étude des parties constituantes des hernies, mais encore l'évolution, les changements qui surviennent dans la structure de ces parties.

Mode de formation des hernies. Les hernies se produisent le plus souvent d'une manière lente et graduelle, quelquefois brusquement. En général, les choses se passent de la manière suivante : sous l'influence de la pression incessante que les viscères exercent sur un point de la paroi abdominale naturellement plus faible ou accidentellement affaibli, le péritoine (*p, p*, fig. 227) tend à s'engager à travers une ouverture (*o, o*), ou une éraillure que présente la paroi abdominale (*a, a*) ; la séreuse forme donc dans ce point une sorte d'appendice, qui constitue une petite poche communiquant avec la grande cavité péritonéale et toute prête à recevoir une portion des viscères (*i, i*), contenant, par conséquent, ces derniers, et appelée pour cette raison **SAC HERNIAIRE**. Plus tard, la portion de péritoine, repoussée au dehors, augmente de plus en plus d'étendue (*p'* et *p''*), affecte différentes configurations, se modifie dans sa structure, et les viscères qui y

sont renfermés subissent à leur tour divers changements qui seront étudiés plus loin.

Il faut considérer dans toute hernie une partie contenante ou *sac herniaire* et des parties contenues, c'est-à-dire les organes déplacés.

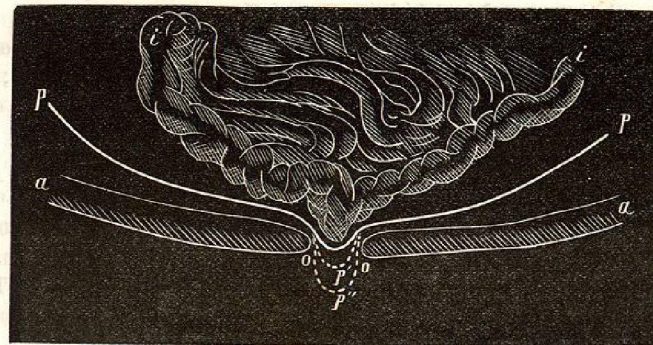


Fig. 227.

1° Sac herniaire. Le sac herniaire est, comme nous venons de l'indiquer, le prolongement du péritoine (*o, b, f, d, o*, fig. 228) dont les viscères (*i, i*) s'enveloppent en se déplaçant à travers l'ouverture (*o, o*) de l'abdomen. Le péritoine (*p, p*) éprouve, lors de la formation d'une hernie, une véritable locomotion ; quelquefois il se distend ou éprouve des ruptures partielles

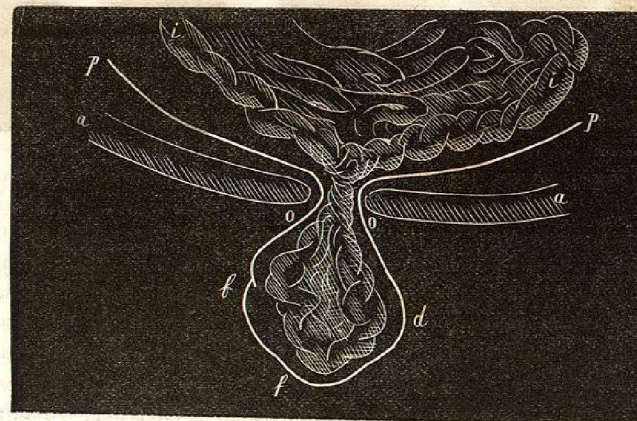


Fig. 228.

dans ses lames. Le sac herniaire se forme donc, soit par locomotion, soit par distension du péritoine, soit par les deux modes à la fois. On voit que les anciens chirurgiens étaient dans l'erreur, quand ils croyaient à la rupture du péritoine, au moment de la formation de la hernie.

Presque toutes les hernies ont un sac péritonéal. Il y a, au contraire,