

fléchies sur ce dernier. Si la hernie est interstitielle, on la repousse de bas en haut et un peu de dedans en dehors; si elle est complète, on refoule d'abord la tumeur de haut en bas, puis d'avant en arrière, puis enfin de bas en haut, de façon à lui faire parcourir un chemin inverse de celui qu'elle a suivi en sortant de l'abdomen.

La contention est difficile, parce que la pelote devrait porter son action sur l'anneau crural de bas en haut. Pouillien, bandagiste de Paris, a présenté à la Société de chirurgie un bandage fait d'après les indications de L. Boyer : d'une pelote postérieure que l'on applique sur le sacrum, se

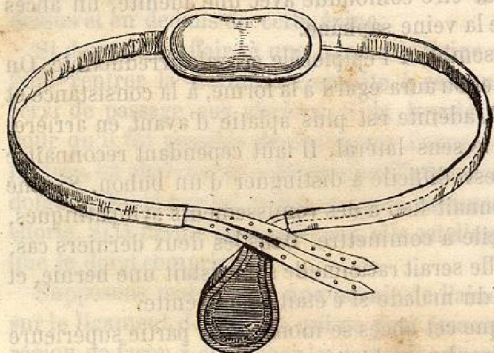


Fig. 245.

détachent deux ressorts exactement moulés sur la circonférence du bassin et passant horizontalement entre la saillie formée par le grand trochanter et la crête de l'os des îles. Les deux ressorts sont réunis en avant, au moyen d'une ou de deux courroies d'attache, qui complètent une ceinture horizontale placée à l'abri de l'action de tous les mouvements du membre et du tronc lui-même. De l'un des ressorts se détache, à angle droit, le collet de la pelote dirigée verticalement en bas. La pelote agit donc de bas en haut et d'avant en arrière sur l'orifice supérieur du triangle crural, entre les muscles adducteurs et le droit antérieur de la cuisse, dont elle évite l'action en même temps qu'elle se trouve à l'abri du soulèvement produit par la flexion du membre. On peut se passer de sous-cuisse. En cas de hernie double, on peut terminer l'appareil par deux pelotes.

**Opération de la hernie étranglée.** Le sac est mis à découvert par une incision simple, en croix ou en T, suivant le volume de la tumeur. Celle-ci étant superficielle, on divisera avec précaution les diverses couches de la hernie. Il est arrivé à quelques chirurgiens de prendre le fascia propria pour le sac et de considérer comme une portion d'épiploon le tissu adipeux qui double le sac lui-même. On s'expose alors à débrider en dehors du sac et de laisser subsister l'étranglement.

**Débridement.** Si l'étranglement siège au niveau de l'ouverture du fascia cribriformis qui donne passage à la veine saphène interne, on fera le débridement sur la *demi-circonférence supérieure* de l'ouverture aponévrotique, pour ne pas léser la veine. Si c'est à l'anneau crural que siège la constriction, la question du sens à donner au débridement est moins simple. Si on débride directement *en haut*, sur l'arcade crurale, comme le voulait Pott, on risque de léser les vaisseaux spermatiques (voy. fig. 243, p. 698 et 244, p. 701). Il résulte des recherches de Scarpa, qu'il suffit d'une incision verticale de 4 à 6 millimètres de profondeur pour entamer le cordon spermatique. Le

débridement *en haut et en dehors*, recommandé par Dupuytren, a un autre inconvénient, celui d'exposer à la lésion de l'artère épigastrique (fig. 243 et 244). Le débridement *en dedans*, c'est-à-dire sur le ligament de Gimbernat, a été préconisé par Scarpa, Boyer, Lawrence. Lorsque l'artère obturatrice naît de l'hypogastrique, il n'y a pas de lésion vasculaire à redouter en débridant le ligament de Gimbernat. Mais si, par le fait d'une anomalie assez commune, l'obturatrice naît de l'épigastrique (fig. 244, p. 701), on peut craindre de couper la première en débridant sur ce ligament. Scarpa recommande de couper ce dernier obliquement de haut en bas, parallèlement au ligament de Fallope, en se servant d'un bistouri, droit, très-convexe sur le tranchant. Ce qui rend la lésion de l'artère obturatrice, en cas d'anomalie, moins commune qu'on ne pourrait le penser, c'est que l'artère étant mobile fuit devant le tranchant de l'instrument, tandis que le ligament de Gimbernat résiste par sa tension. En pratiquant plusieurs petites incisions (*débridement multiple*) sur le ligament de Gimbernat, au lieu d'une seule plus étendue, on se met mieux à l'abri de la lésion de l'artère. S'il survenait une hémorragie, on imiterait la conduite de Boyer qui, dans un cas semblable, tamponna la plaie, en y introduisant le milieu d'un linge fin qu'il remplit de charpie, de façon à exercer une compression suffisante.

## ARTICLE III.

## Hernies ombilicales.

On désigne sous le nom de hernies ombilicales, *omphalocèles*, *exomphales*, des hernies qui se font par l'anneau ombilical ou dans le voisinage de cette ouverture. Ces sortes de hernies ne présentant pas les mêmes caractères aux divers âges de la vie, il convient de les étudier successivement chez le *nouveau-né*, les *petits-enfants* et les *adultes*.

## I. HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES.

**Anatomie pathologique.** Les viscères de la hernie sont renfermés dans la base élargie du cordon ombilical. Si on dissèque la tumeur, on trouve de dehors en dedans les couches suivantes : la membrane externe du cordon remplacée par la peau à la base de la hernie, la gélatine de Wharton, le sac herniaire formé par un mince prolongement du péritoine. Les vaisseaux ombilicaux sont situés entre le sac herniaire et la membrane externe de la tumeur : en général la veine ombilicale est en haut, les artères ombilicales sont sur chaque côté, quelquefois du même côté, ou bien encore le cordon tout entier est rejeté sur un côté de la tumeur. Les parties contenues dans la hernie peuvent être aperçues à travers la transparence du péritoine et de la gélatine de Wharton. Ce sont communément une anse d'intestin grêle, quelquefois une portion du côlon, une partie du foie. L'anneau ombilical est dilaté, la ligne blanche élargie, les muscles grands droits antérieurs de l'abdomen plus ou moins écartés. Ces dernières lésions sont plus ou



moins prononcées, ce qui a fait admettre dans la hernie ombilicale congénitale trois degrés : au premier degré, la paroi abdominale a conservé sa conformation naturelle ; il n'existe dans la base du cordon qu'une petite anse d'intestin ; à un degré plus avancé, il y a absence d'une partie des muscles et de la peau de la paroi abdominale ; celle-ci est remplacée par le péritoine ou la base élargie du cordon ; plusieurs des viscères de l'abdomen sont engagés dans la hernie. Au degré extrême, la paroi abdominale manque complètement, elle est réduite au péritoine, ce qui permet d'apercevoir le tube digestif dans toute l'étendue du ventre ; parfois même les viscères sont complètement à nu.

**Causes.** La plupart des pathologistes expliquent la hernie ombilicale congénitale par un *arrêt de développement*. Pendant toute une période de la vie embryonnaire, l'intestin est situé dans la base du cordon ombilical ; à partir du troisième mois, l'intestin rentre dans l'abdomen. Si, par une *cause quelconque*, l'intestin ne rentre pas, il y a au moment de la naissance une hernie ombilicale congénitale. James y Simpson croit que le défaut de rentrée de l'intestin dans l'abdomen est dû à la production d'adhérences entre l'intestin logé dans le cordon et le péritoine qui entoure les viscères, c'est-à-dire au développement d'une *péritonite partielle*. Cette théorie est inadmissible, parce que dans la majorité des cas, on ne trouve pas d'adhérences. Scarpa pense que la hernie se forme quelquefois par suite d'une traction opérée sur l'ombilic, pendant la vie intra-utérine, par le cordon lui-même enroulé autour d'une partie du fœtus et soumis à quelque tiraillement accidentel. Il est encore possible que la hernie se produise au moment où l'enfant vient au monde, pendant les premiers efforts respiratoires accompagnés de cris.

**Diagnostic.** La hernie ombilicale se présente sous la forme d'une tumeur qui est en général de forme conique, à base correspondant à la paroi abdominale, à sommet se continuant avec le cordon ombilical ; quelquefois la tumeur a une apparence trilobée, ou bien encore elle offre un rétrécissement vers l'anneau ombilical. La surface extérieure en est lisse ; on peut apercevoir par transparence les viscères qu'elle contient, excepté au milieu de la base de la tumeur qui est recouverte par la peau ; Ruysch prétend même que, dans quelques cas, on découvre les mouvements péristaltiques de l'intestin renfermé dans la poche herniaire. L'omphalocèle congénitale présente de commun avec toutes les hernies, que les efforts exécutés par l'enfant, tels que les cris, les mouvements de toutes sortes, augmentent le volume de la tumeur, et que la pression exercée sur celle-ci la diminue en repoussant les viscères en partie ou en totalité dans l'abdomen.

Les caractères précédents sont assez tranchés pour qu'un observateur attentif ne s'y trompe pas. On ne comprend guère qu'une hernie ombilicale ait été prise pour un abcès et incisé. Il serait possible de méconnaître l'existence de la hernie, dans le cas où celle-ci est très-petite. Il est arrivé plusieurs fois qu'on a étreint dans la base du cordon ombilical, lié après la naissance, une petite portion d'intestin renfermé dans la base du cordon, et qu'on a donné lieu à des accidents d'étranglement ; on cite même des

cas d'anus contre nature et de fistule stercorale de l'ombilic qui ne reconnaissent pas d'autre cause. Pour éviter toute erreur de ce genre, on s'assurera, avant de faire la ligature du cordon, si aucune portion de viscère n'est engagée dans cet organe.

**Marche. Terminaisons.** Lorsque la hernie ombilicale congénitale est abandonnée à sa propre marche, au bout de quelques jours le cordon ombilical se détache de la paroi abdominale ; alors le péritoine et parfois les viscères sont en contact direct avec l'air extérieur ; il se développe une péritonite promptement mortelle. Ces accidents sont d'autant plus à redouter que la hernie est plus volumineuse. Goyrand a cependant observé un enfant qui a vécu deux mois et demi, et Thelu a rapporté un cas de guérison spontanée complète, bien que la tumeur eut 24 centimètres à la base. Lorsqu'une partie de la paroi abdominale manque, la mort arrive en général promptement. Si, au contraire, la hernie est d'un petit volume, si elle est réduite et contenue par des moyens convenables, l'enfant peut survivre.

**Pronostic.** Il ressort suffisamment des considérations précédentes.

**Traitement.** On peut établir les règles suivantes pour le traitement des hernies ombilicales congénitales :

1° Lorsqu'une grande partie de la paroi abdominale est remplacée par le cordon élargi, que la plupart des viscères abdominaux sont compris dans la hernie, il faut s'abstenir de tout traitement : la mort est une conséquence inévitable de ce vice de conformation ;

2° Si une petite anse d'intestin est cachée dans la racine du cordon, on la repousse dans le ventre, après quoi on *lie le cordon, pour appliquer ensuite un bandage compressif sur la région ombilicale* ;

3° Si la tumeur est de *moyenne grosseur*, la réduction seule est insuffisante ; à la chute du cordon, il reste une ouverture qui permet l'accès de l'air dans la cavité du sac et détermine une péritonite mortelle. On rapprochera donc les bords de l'ouverture cutanée au niveau de la base même de la tumeur, en se servant de compresses, d'un bandage approprié, ou même au moyen d'une suture avec des aiguilles.

## II. HERNIES OMBILICALES DES JEUNES ENFANTS.

**Anatomie pathologique.** Pour se rendre compte de la production de la hernie ombilicale chez les jeunes enfants, il faut rappeler les mutations que subit l'anneau ombilical après la naissance. Après la chute du cordon, la cicatrice qui succède à la séparation de ce dernier repose sur le péritoine dont elle n'est séparée que par du tissu cellulaire. La veine et les artères ombilicales aboutissent à la cicatrice par leurs extrémités oblitérées. Le professeur Richet a constaté sur la face postérieure de l'anneau ombilical des fibres de nature *élastique* disposées en deux faisceaux : l'un supérieur embrassant la demi-circonférence supérieure de l'anneau ombilical, l'autre inférieur entourant la demi-circonférence inférieure de cet anneau. L'ensemble de ces fibres forme une espèce de sphincter qui se resserre dès que les vaisseaux qui traversent l'ombilic ne donnent plus passage au sang,