

Causes. — La hernie ombilicale, qui date de la période embryonnaire, est due à un arrêt de développement, dont on ne peut soupçonner la cause. Celle qui se montre plus tard, lorsque l'embryon est passé à l'état de fœtus, est due à une cause mécanique : attitude vicieuse du fœtus, pression exercée sur le fœtus (Cruveilhier), tractions exercées par le cordon enroulé autour d'une partie du fœtus (Scarpa). Il est certain que ces causes sont aidées puissamment par un arrêt de développement retardant le rapprochement des bords de l'ouverture ombilicale.

Symptômes et diagnostic. — Cette hernie présente des symptômes particuliers. On peut quelquefois, par transparence, apercevoir les organes qui sont contenus dans le sac. Si elle est de petit volume, et qu'elle ne contienne qu'une anse intestinale, elle est réductible; mais lorsqu'elle est volumineuse, elle est souvent frappée d'irréductibilité. Cette irréductibilité est due soit aux adhérences établies entre les viscères et l'enveloppe de la hernie, soit au rétrécissement de la cavité abdominale, qui ne peut plus admettre ces viscères devenus relativement trop volumineux. Ces hernies ne peuvent contenir d'épiploon, puisque celui-ci n'existe pas chez le fœtus.

Lorsque l'intestin est adhérent, on peut, avec deux doigts, plisser et adosser à elles-mêmes les parois de la tumeur, qui est sonore à la percussion. Si l'irréductibilité tient à la présence du foie, on sent une masse solide qui empêche l'adossement des parois.

Terminaison. Pronostic. — 1^o Une hernie congénitale de petit volume ne présente pas une grande gravité, car, à la chute du cordon, l'anse intestinale se réduit spontanément ou sous l'influence des moyens les plus simples. Au moment de la naissance, il existe quelquefois une anse d'intestin à la racine du cordon. Il faut examiner ce point toutes les fois qu'on est appelé à faire la ligature du cordon.

2^o Les hernies congénitales volumineuses sont fort graves. Elles s'étranglent bien rarement, mais, le plus souvent, une péritonite généralisée emporte l'enfant immédiatement après la naissance. Dans quelques cas, cependant, on a observé la guérison spontanée par le mécanisme suivant : le cordon tombe, la surface de la tumeur s'enflamme et se recouvre de bourgeons charnus; ceux-ci donnent naissance à un tissu cicatriciel dont la rétraction amène la réduction de la hernie.

Traitement. — Si la hernie est petite, on la réduit et on la maintient au moyen d'un petit bandage, lorsque la période inflammatoire de la chute du cordon est passée.

Dans le cas de hernies volumineuses, il faut tout attendre des efforts de la nature et la seconder par un traitement palliatif : bonne position, soins de propreté.

2^o Hernies ombilicales de l'enfance.

La hernie se produit au moment de la naissance et dans les premiers jours qui la suivent. Il est rare de la voir survenir au bout d'un ou de deux ans.

Anatomie pathologique. — Ordinairement de petit volume, cette tumeur est formée par l'intestin grêle, et ne contient pas d'épiploon (l'épiploon ne se développe que plus tard). Les enveloppes sont : 1^o la peau; 2^o une couche de tissu cellulo-fibreux; 3^o le péritoine aminci.

La cicatrice ombilicale se trouve transportée au sommet de la tumeur; elle est étalée et se montre sous la forme d'une tache blanchâtre.

Causes. — Comme les hernies en général, elle est due à des efforts : cris, toux, vomissements. Une tumeur abdominale, la distension de la vessie peuvent aussi en favoriser le développement.

La cause prédisposante réside presque toujours dans le resserrement tardif de l'anneau ombilical.

Symptômes et diagnostic. — La tumeur est ordinairement petite et réductible. Après la réduction, on peut introduire le doigt dans l'anneau ombilical. Le plus souvent la tumeur est arrondie, mais elle peut être bilobée ou trilobée lorsqu'elle est distendue. Les sillons qui séparent les lobes sont déterminés par la pression qu'exercent sur la tumeur les vaisseaux étendus de la cicatrice qui surmonte la hernie à l'orifice ombilical.

A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la naissance, ces sillons s'effacent, à cause des modifications anatomiques qu'éprouvent les vaisseaux ombilicaux.

Terminaison. Traitement. — Il est rare que cette variété de hernie persiste. Le plus souvent elle guérit spontanément. Elle ne gêne pas les malades. Elle ne s'étrangle jamais.

Pour favoriser la guérison, il faut réduire la hernie en pratiquant le taxis, ce qui est toujours facile, et la maintenir par un bandage. Quelquefois une bande ou une bandelette de diachylon suffit.

Souvent, on est obligé d'ajouter au moyen précédent un petit corps hémisphérique, boule, tige d'ivoire, etc. Ce corps étranger est destiné à repousser l'intestin dans la cavité abdominale, mais il ne doit pas être assez volumineux pour comprimer les bords de l'ouverture, dont il empêcherait le rapprochement. On sait que cette ouverture se rétrécit par rapprochement de ses bords, à mesure que l'enfant grandit. On peut faire construire un petit bandage élastique remplissant ces indications, si l'enfant est assez grand pour le supporter.

Il est infiniment rare qu'on soit obligé d'en venir à une opération de cure radicale, et, dans ce cas, on pratique la ligature du sac au niveau de son pédicule.

3° Hernies ombilicales des adultes.

L'ombilic de l'adulte, de même que le canal inguinal et l'anneau crural, constitue un point affaibli de la paroi abdominale, au niveau duquel les viscères peuvent faire hernie.

Anatomie pathologique. — La hernie de l'adulte présente un volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui de la tête. Les viscères contenus sont : l'intestin grêle, l'épiploon, l'estomac, etc. Les enveloppes sont : 1° la peau; 2° une couche celluleuse formée par la réunion du fascia superficialis et du tissu cellulaire sous-péritonéal; 3° le péritoine.

Le péritoine, en raison des adhérences qui existent entre cette membrane et la face postérieure de l'anneau ombilical, s'est laissé amincir; il contracte des adhérences avec les membranes qui le recouvrent. La difficulté de le séparer par dissection avait fait admettre autrefois que les hernies ombilicales de l'adulte sont dépourvues de sac.

La paroi de la tumeur est quelquefois tellement amincie, qu'elle est presque transparente. La cicatrice ombilicale est transportée avec ses rides au sommet de la tumeur; mais, dans quelques cas, elle siège sur l'un des côtés et surtout à la paroi inférieure du pédicule, parce que la cicatrice ombilicale adhère intimement à la moitié inférieure de l'anneau ombilical.

La hernie sort rarement, par une éraillure de la ligne blanche, aux environs de l'ombilic. A. Cooper, Després, MM. Cruveilhier, Malgaigne et Richet ont prouvé que, dans la majorité des cas, l'intestin sort par l'anneau ombilical, et spécialement par sa moitié supérieure, que bouche incomplètement un peloton graisseux.

Causes. — Les mêmes que celles de toutes les hernies. Elles se montrent plus fréquemment chez la femme qui y est prédisposée par la grossesse. La grossesse, de même que l'ascite, tend à dilater l'anneau, en le comprimant de l'intérieur vers l'extérieur.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes sont les mêmes que ceux de toutes les hernies; on ne peut les confondre avec ceux d'aucune autre tumeur. Le peu d'épaisseur des enveloppes permet, dans presque tous les cas, de reconnaître quels sont les organes contenus dans la tumeur.

Pronostic. Traitement. — Il est rare que ces hernies guérissent spontanément : elles sont sujettes à des complications. C'est donc une lésion fort sérieuse, d'autant plus qu'un traitement palliatif, la contention, est difficilement applicable.

Le traitement palliatif, le seul auquel on doit avoir recours, consiste à réduire et à maintenir la réduction.

La contention se fait au moyen d'un bandage analogue à celui que

nous avons indiqué pour la hernie de l'enfance. La pelote du bandage sera plus large, afin qu'elle ne déprime pas douloureusement un seul point de la paroi abdominale.

Complications. — 1° La hernie ombilicale de l'adulte est souvent *irréductible* par suite des adhérences de l'intestin au sac, des adhérences de l'intestin et de l'épiploon, de l'augmentation de volume de l'épiploon, de l'étranglement de l'anneau. La mollesse de la paroi abdominale apporte aussi un certain obstacle à la réduction.

2° La hernie ombilicale volumineuse *s'enflamme* quelquefois.

3° L'*étranglement* n'y est pas rare. Il peut être dû au collet, à l'épiploon, à des brides diverses; le plus souvent, c'est l'anneau ombilical qui est l'agent de l'étranglement. Cet accident est des plus graves, car presque tous les cas d'opération de hernie étranglée se sont terminés par la mort.

L'*opération de la hernie étranglée* doit être faite avec précaution, à cause du peu d'épaisseur des enveloppes. Il faut débrider en haut et à gauche, où l'on ne rencontre aucun vaisseau important. Les succès seraient-ils moins nombreux si l'on intervenait plus tôt?

IV. — HERNIES RARES.

On observe d'autres hernies, en dehors des hernies inguinales, crurales et ombilicales. Elles portent également le nom de la région où elles se montrent. Les moins rares sont :

1° Les *hernies de la ligne blanche*. — Elles sont ordinairement de petit volume, et sont situées au niveau d'un orifice anormal formé par l'écartement des fibres de la ligne blanche. Le plus souvent, elles siègent au-dessus de l'ombilic. On trouve dans cette région des hernies graisseuses; nous en avons fait mention lorsque nous avons décrit l'anatomie pathologique des hernies en général.

2° Les *hernies ventrales*. — Ce sont celles qui se montrent sur les parois antérieure, latérale et postérieure de l'abdomen. A ce groupe appartient la *hernie lombaire* de J.-L. Petit. Dans un récent mémoire, plein d'érudition et de sens critique, M. le baron Larrey a publié un grand nombre d'observations de hernies lombaires qui paraissaient ignorées jusqu'à ce jour.

3° La *hernie sous-pubienne*. — Connue encore sous les noms de *hernie ovulaire*, de *hernie obturatrice*, cette hernie est constituée par la sortie des viscères au niveau de l'échancrure supérieure du trou obturateur. Une fois sortis, ils sont contenus dans l'épaisseur du muscle obturateur externe ou situés entre ce muscle et le pectiné.

4° Les *hernies ischiatiques*. — On désigne sous ce nom des hernies très-rares qui se produisent au niveau de l'échancrure sciatique.

5° La *hernie périnéale*. — Encore plus rare, cette hernie fait saillie au

périnée. Chez l'homme, elle s'insinue entre le rectum et la vessie; chez la femme, elle glisse entre le rectum et le vagin.

6° La *hernie vagino-labiale*. — L'intestin occupe l'épaisseur de la grande lèvre, où il arrive à travers une éraillure du muscle releveur de l'anus.

7° La *hernie vaginale*. — Elle consiste dans la saillie de l'intestin reposant sur la paroi postérieure du vagin. Elle complique ordinairement le prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

8° Les *hernies diaphragmatiques*. — Sous ce nom, on désigne des hernies des viscères abdominaux qui se font dans le thorax, à travers une déchirure, un écartement des fibres ou une ouverture naturelle du diaphragme. Elles peuvent être congénitales.

Les viscères qu'on y rencontre le plus fréquemment sont l'estomac, le colon transverse, l'épiploon. Tantôt ils sont revêtus d'un sac formé par le péritoine et par la plèvre; tantôt l'une de ces membranes est déchirée; si elles le sont toutes deux, la hernie est dépourvue de sac.

Les hernies diaphragmatiques se manifestent surtout par des troubles digestifs, des douleurs stomacales qui peuvent varier d'intensité, suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, par des tiraillements dans la région épigastrique. Quelquefois, lorsque les viscères herniés occupent dans le thorax une place considérable, la respiration est affaiblie de ce côté.

Le traitement ne peut être que palliatif. On conseille aux malades de garder le repos, d'éviter les efforts, de suivre un régime doux, etc.

V. — HERNIES ENVISAGÉES D'APRÈS L'ORGANE DÉPLACÉ.

Nous n'avons pas à revenir sur les hernies formées par l'intestin ou l'épiploon; elles ont fait l'objet de notre étude. Nous voulons seulement signaler quelques variétés rares de hernies dans lesquelles on peut rencontrer exceptionnellement certains viscères qui y font ordinairement défaut.

La hernie de l'estomac se fait presque toujours à travers le diaphragme. Nous l'avons déjà signalée suffisamment en parlant des hernies diaphragmatiques. Cependant, dans quelques cas très-rares, on a vu l'estomac faire issue par les anneaux de la paroi antérieure de l'abdomen.

La hernie du *cæcum* occupe en général l'anneau inguinal ou l'anneau crural droits. On l'a vue une fois à gauche. Tantôt cette hernie est dépourvue de sac, tantôt il en existe un, formé par le péritoine qui tapisse la face antérieure du viscère, et qui est refoulé au-devant de lui. Ces hernies s'étranglent rarement.

On a cité quelques cas de hernie des *ovaires* et de l'*utérus*. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une véritable éventration survenue pendant la grossesse.

Il nous resterait à parler de la hernie de la *vessie*, cystocèle, la seule qui mérite d'attirer l'attention. Mais cette question, d'une importance réelle, sera traitée avec les maladies de la vessie.

ARTICLE QUATRIÈME

OCCLUSION INTESTINALE

Examen du malade. — On constatera, par le regard, le ballonnement du ventre, quelquefois la saillie des anses intestinales qui se dessinent sous les téguments; la palpation causera de vives douleurs; la percussion permettra de reconnaître la sonorité exagérée de l'abdomen distendu par les gaz.

On pratiquera, dans tous les cas, le *toucher rectal*, pour s'assurer s'il n'existe pas dans la dernière portion de l'intestin un obstacle accessible au doigt; on examinera avec soin les orifices par lesquels peuvent se faire les hernies, pour ne pas confondre un étranglement herniaire avec une occlusion intestinale.

Il faudra tenir compte des antécédents du malade, du mode de début de la maladie, de l'absence absolue d'évacuations, et de tous les symptômes généraux.

Il y a occlusion intestinale toutes les fois que le cours des matières est interrompu dans l'intestin, quelle que soit la cause de l'obstruction.

La description de l'occlusion intestinale embrasse celle de l'étranglement interne, du *volvulus*, de l'*iléus*, de la *colique de miserere*, expressions diverses, indiquant chacune une variété d'occlusion.

Voici l'ordre que nous suivrons, afin d'être plus facilement compris : 1° symptômes; 2° causes, anatomie et physiologie pathologiques; 3° diagnostic; 4° pronostic; 5° traitement.

Symptômes, marche et terminaison. — 1° *Début.* — L'occlusion de l'intestin est quelquefois subite; le malade ressent une douleur vive en un point limité du ventre; les symptômes de la maladie confirmée surviennent rapidement. Souvent, au contraire, le début est lent. Dans la manifestation des symptômes propres à l'occlusion, le malade se plaint de coliques et de constipation, phénomènes dont l'origine est presque toujours méconnue.

2° *Symptômes confirmés.* — Les symptômes confirmés présentent la plus grande analogie avec ceux que nous avons indiqués, lorsque nous avons étudié les accidents des hernies. Il y a une constipation opiniâtre; en même temps, des nausées et des vomissements. Ceux-ci sont d'abord alimentaires ou muqueux, puis ils deviennent bilieux; enfin, ils sont formés de matières fécaloïdes, et quelquefois de matières fécales.

Du côté du ventre, il y a du ballonnement; souvent on peut voir les anses intestinales dilatées se dessiner à travers la paroi abdominale.

L'état général se ressent de ces désordres: le pouls est déprimé, quelquefois filiforme; les extrémités sont froides; la face est grippée. La