

1° HERNIES OMBILICALES CONGÉNITALES

Ainsi que fait remarquer NICAISE, il y a une différence capitale entre les hernies congénitales, suivant que leur origine remonte aux premières périodes de la vie fœtale ou qu'elles apparaissent après que l'ombilic est déjà constitué.

Dans le premier cas, en effet, les parois abdominales n'existant pas, on ne saurait prétendre qu'il y a une hernie dans le sens propre du mot. La tumeur observée mérite beaucoup mieux le nom « d'éventration ».

Après la formation de l'ombilic, au contraire, les viscères ne peuvent sortir qu'en traversant cet anneau; alors seulement il y a une hernie véritable.

Conformément à ces données et pour rappeler la différence d'origine de ces deux variétés de tumeurs, nous diviserons les hernies congénitales en deux groupes : hernies embryonnaires et hernies fœtales.

A. — HERNIES OMBILICALES EMBRYONNAIRES

Cette classe, d'après NICAISE, comprend trois sous-variétés :

1° Éventration sus-ombilicale; 2° hernie ombilicale diverticulaire; 3° hernie de l'anse vitelline.

a. *Éventration sus-ombilicale*. — Les parois abdominales font défaut sur une étendue variable; mais tantôt une membrane spéciale continue avec l'enveloppe du cordon forme un sac aux viscères, tantôt ceux-ci sont complètement à nu dans le liquide amniotique.

Les embryologistes sont loin d'être fixés sur la nature de la membrane qui recouvre dans certains cas les viscères. Elle est composée de deux feuillets séparés par une couche de gélatine de Warthon. Les uns considèrent ces enveloppes comme le prolongement de la *membrane primitive* de RATHKE; d'autres, CAMPANA et DUPLAY en particulier, rejettent cette opinion et regardent cette membrane comme la continuation des feuillets de l'amnios. Le cordon s'insère sur la partie supérieure de la masse ou sur un de ses côtés : cette insertion latérale occuperait toujours le côté gauche (CRUVEILHIER).

Le contenu et le volume de ces tumeurs varient avec les dimensions de l'éventration, parfois on trouve à peine quelques anses intestinales; dans d'autres circonstances l'éventration laisse voir toute l'étendue du tube digestif.

Le foie, très volumineux chez le fœtus, entre constamment dans la composition de la hernie; lorsqu'il y est seul la tumeur prend le nom d'*hépatomphale*, d'*hépatocèle*.

b. *Hernie ombilicale diverticulaire*. — Cette hernie, excessivement rare, résulte de la persistance du *conduit vitello-intestinal* qui durant les premiers jours de la vie intra-utérine fait communiquer la vésicule ombilicale avec la gouttière intestinale. Ces hernies seraient généralement dépourvues de sac.

La présence de ce diverticule dans le cordon peut occasionner des accidents sérieux au moment de la ligature de ce dernier.

c. *Hernie de l'anse vitelline*. — Cette variété, encore plus rare que la pré-

cedente, est caractérisée par la présence à la base du cordon d'une petite tumeur irréductible fournie par l'anse intestinale qui porte le conduit vitello-intestinal. Cette anse, au lieu de rentrer peu à peu dans la cavité abdominale, est restée adhérente à l'ombilic » (NICAISE).

B. — HERNIES FŒTALES

Le développement de ces hernies est postérieur à la formation de l'ombilic; elles établissent une transition entre les hernies précédentes et celles qui apparaissent après la naissance. Leur volume ne dépasse guère celui du poing. Leurs parois sont constituées par les enveloppes du cordon, tapissées à la face interne par le péritoine. Dans la majorité des cas elles contiennent de l'intestin grêle, rarement on y a rencontré le gros intestin et le foie.

Étiologie. — *Mode de développement.* — a. *Hernies embryonnaires.* — Depuis les travaux de MECKEL, il est admis que les hernies embryonnaires résultent d'un arrêt de développement, toutefois les auteurs sont loin d'être d'accord sur les motifs qui viennent ainsi entraver l'évolution normale des tissus. SIMPSON a invoqué une péritonite adhésive qui, survenant pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, s'opposerait ensuite à la rentrée des viscères; mais, selon les remarques de DUPLAY, il est bien difficile de comprendre l'inflammation du péritoine encore imparfaitement développé; cette théorie a été abandonnée. CRUVEILHIER a fait intervenir ensuite les mauvaises positions du fœtus, et J. GUÉRIN, une prétendue rétraction des muscles de l'abdomen; ces explications absolument hypothétiques n'ont pas eu plus de succès, force est donc, dans le cas présent, d'avouer notre ignorance.

b. *Hernies fœtales.* — Le mécanisme de la production de ces tumeurs nous est tout aussi inconnu. DUPLAY estime que ces hernies doivent être très rares pendant la vie intra-utérine, elles se développeraient surtout durant l'accouchement, au moment où s'établit la respiration chez des sujets présentant une faiblesse congénitale des parties au niveau de l'ouverture ombilicale. « Pour exprimer ma pensée à l'aide d'une comparaison, ajoute ce professeur, je pense qu'on pourrait assimiler la hernie ombilicale congénitale formée pendant la dernière période de la vie fœtale, à la variété de hernie inguinale dite congénitale, c'est-à-dire dans laquelle les viscères trouvent un sac tout formé pour les recevoir. »

Symptômes. — Il est inutile d'insister sur ces énormes omphalocèles résultant d'une absence presque complète des parois de l'abdomen; semblables tumeurs ne sauraient être compatibles avec l'existence, et si les enfants sont encore vivants en venant au monde, ils ne tardent pas à succomber.

Les hernies moins volumineuses, en particulier les hernies fœtales, constituent des masses piriformes, dont les enveloppes transparentes permettent d'apercevoir les organes abdominaux. Les cris de l'enfant augmentent leur volume. Tantôt les viscères sont susceptibles de rentrer complètement dans l'abdomen sous l'influence du taxis, tantôt une partie seulement de la hernie se réduit, parfois enfin elle est irréductible. Dans les deux dernières circon-

stances, le chirurgien s'efforcera de reconnaître la cause qui s'oppose à la rentrée des viscères. L'irréductibilité résulte fréquemment de la présence du foie parmi les organes herniés (fig. 37); on reconnaîtra cette complication par la palpation et la matité que fournit la percussion; de plus, dans toutes les hernies qui contiennent une partie ou la totalité de l'organe hépatique, l'in-

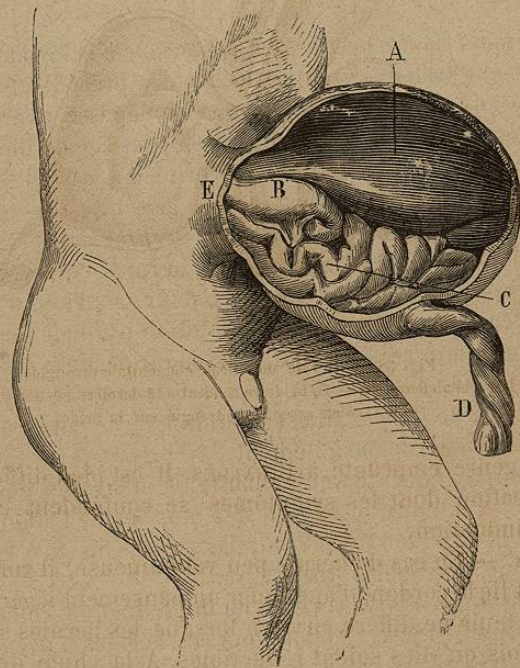


Fig. 37. — Hernie ombilicale contenant le foie.

sersion du cordon est déjetée à gauche, position que nous expliquent les rapports de la veine ombilicale avec le foie.

Lorsque ces tumeurs sont réductibles il faut s'assurer que la réduction a été bien faite avant de procéder à la ligature du cordon.

Marche. Pronostic. — Les omphalocèles volumineuses sont presque constamment mortelles, cependant un certain nombre de faits dus à DEBOU, TUDICHUM, KRÖMER, RAYMOND, B. ANGER, prouvent que cette fâcheuse terminaison ne survient pas toujours fatalement. Les enveloppes du cordon mettent pour se séparer de la peau un temps plus long que dans les conditions ordinaires. Après leur chute la membrane interne persiste, se recouvre de bourgeons charnus, suppure, puis se rétractant peu à peu, force les viscères à rentrer dans la cavité abdominale et les parois à venir à la rencontre l'une de l'autre.

Plus souvent au moment de la chute du cordon la cavité abdominale reste largement ouverte, une péritonite survient et emporte l'enfant.

Les hernies fœtales de petit volume guérissent spontanément la cicatrice

ombilicale maintient ensuite l'intestin; toutefois les petits sujets conservent une prédisposition fâcheuse aux hernies de l'enfance. D'après HUGUIER et GIRALDÈS, ces hernies sont susceptibles de s'étrangler. La figure 38 représente

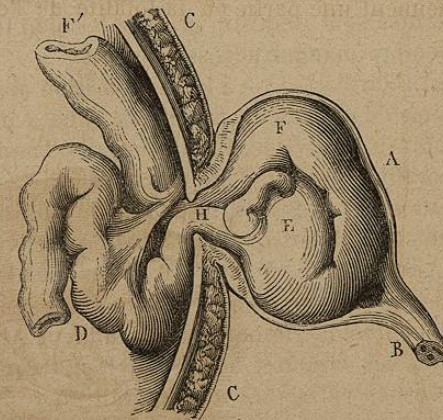


Fig. 38. — Hernie ombilicale congénitale étranglée.
C, coupe de la paroi abdominale, — D, bride se rendant à la dernière portion de l'intestin grêle, — FF', colon ascendant étranglé sur la bride.

un fait de ce genre emprunté à GIRALDÈS. Il est bien difficile de reconnaître cette complication dont les symptômes se confondent complètement avec ceux de l'inflammation.

Traitement. — En cas de hernie peu volumineuse, il suffit, après avoir fait la réduction et lié le cordon, d'appliquer un pansement légèrement compressif; la conduite à tenir ne diffère en rien lorsque les hernies sont considérables, pourvu toutefois qu'elles soient réductibles. A la chute du cordon on redoublera de précautions, un pansement antiseptique méthodiquement appliqué mettra la plaie ainsi que la cavité abdominale à l'abri des contacts irritants et comprimera légèrement les viscères. C'est à ces simples moyens que devra se borner, dans la majorité des circonstances, l'intervention du chirurgien. Les tentatives de suture, faites dans certaines exomphales, ont fourni des résultats trop peu satisfaisants pour que l'on imite cet exemple.

Semblables opérations, dit DUPLAY, doivent être réservées pour les cas désespérés, alors qu'il ne reste plus d'autre branche de salut.

2° HERNIES OMBILICALES DES ENFANTS

Durant les premiers jours qui suivent la naissance, il se passe au niveau de l'ombilic une série de phénomènes qui amènent la chute du cordon et le resserrement de l'anneau ombilical, puis peu à peu les différents éléments contractent des adhérences avec les bords de l'ouverture ombilicale. Ce travail de cicatrisation demanderait de huit à douze semaines d'après BÉRARD et GOSSELIN; RICHET estime au contraire qu'il ne serait complet qu'après trois ou

quatre mois. Pendant toute la durée de cette période on comprend que l'enfant soit particulièrement exposé au développement de hernies.

Anatomie pathologique. — Les enveloppes de la hernie sont constituées par le péritoine, le fascia superficialis et la peau, cette dernière excessivement amincie au sommet de la tumeur. Les organes le plus communément rencontrés dans ces hernies sont l'intestin grêle et le côlon transverse, l'épiploon imparfaitement développé manque nécessairement.

Étiologie. — Tout retard apporté à la cicatrisation de l'anneau ombilical favorisera l'apparition des hernies; parmi les causes prédisposantes, nous devons signaler encore la mauvaise application des bandages employés pour le pansement de l'ombilic durant les premiers jours.

Les causes efficientes sont : les cris, les efforts de toute nature provoqués par la toux, les vomissements. MALGAIGNE a prétendu que ces hernies étaient plus communes chez les garçons que chez les filles; GIRARD (de Lyon) a soutenu le contraire; les faits sur lesquels reposent ces allégations sont trop nombreux pour que l'on y attache quelque importance. L'influence de l'âge semble beaucoup plus manifeste, ces tumeurs atteignent leur fréquence maxima entre quatre et six mois (GOSSELIN). La race nègre paraît avoir une prédisposition toute spéciale.

Symptômes. — Ces hernies offrent un volume peu considérable, elles constituent de petites masses arrondies, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, qui siègent au niveau de la cicatrice ombilicale; comme toutes les productions de ce genre celles-ci augmentent par l'effort, tandis qu'elles diminuent, se laissent même complètement résoudre sous l'influence d'une pression légère. Il devient alors facile d'introduire le pulpe du petit doigt dans l'anneau et d'en sentir les bords.

Dans la grande majorité des cas, les enfants ne semblent pas être gênés par la présence de ces déplacements. HAAS cependant prétend avoir remarqué de l'irrégularité dans les fonctions intestinales, de la diarrhée, des coliques.

Les observations dans lesquelles on a noté l'irréductibilité sont rares, cette complication résultait toujours d'adhérences consécutives à une inflammation chronique, l'étranglement véritable n'a jamais été signalé.

Marche. Pronostic. — Les déplacements de cette sorte présentent une tendance manifeste à la guérison. Le travail de cicatrisation de l'orifice ombilical, un instant interrompu, continue sa marche et l'anneau finit par se fermer complètement. Ainsi que le fait remarquer GOSSELIN, les chances de guérison deviennent moins nombreuses à mesure que l'on s'éloigne des premiers mois de l'existence.

Traitement. — Il se résume dans ces deux préceptes, faire rentrer les viscères puis les maintenir en place. La première indication n'est jamais difficile à remplir, on ne saurait en dire autant de la deuxième; une foule de moyens, d'appareils ont été préconisés dans ce but (fig. 39). Pour les enfants à la mamelle, le procédé le plus simple consiste à appliquer sur l'anneau ombilical un bouton métallique ou la moitié d'une de ces petites balles de caoutchouc qui servent de jouet, et à la maintenir en place avec un carré de sparadrap ou une bande de même nature fixée autour de la taille. Le sparadrap or-

dinaire ou diachylon ne tarde pas à irriter les téguments, aussi est-il préférable d'employer ici les sparadraps à la colophane ou à la glu qui ne contiennent aucune substance irritante. Jusqu'à deux ans ce mode de contention suffit parfaitement; à cet âge on peut avoir recours à un véritable bandage ou se servir plus

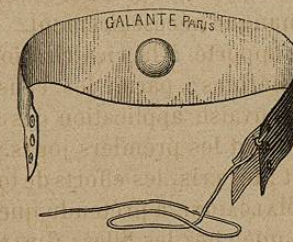


Fig. 39. — Ceinture ombilicale.

simplement de la même demi-sphère, maintenue avec une bande de caoutchouc un peu large qui sera serrée en arrière par une ou deux boucles.

Ces divers appareils seront surveillés de très près, chaque matin et de temps à autre dans la journée les parents s'assureront que les viscères ne sortent pas.

Cure radicale. — « Les opérations de ce genre ne doivent pas être discutées dans les ouvrages de chirurgie, d'abord parce qu'elles exposent à la mort, et ensuite parce que les enfants guérissent aussi bien par les efforts de la nature aidés de l'application d'un bandage bien fait et convenablement surveillé » (GOSSELIN).

Ces préceptes ont été adoptés par tous les chirurgiens français; c'est à la même conclusion que SEGOND arrivait récemment encore dans sa thèse. Telle ne paraît pas être la manière de voir des chirurgiens étrangers qui, estimant que les chances de succès dépassent beaucoup celles de non-réussite, ont fait de nombreuses tentatives de cure radicale.

3° HERNIES OMBILICALES DES ADULTES

A. — HERNIE OMBILICALE RÉDUCTIBLE

J.-L. PETIT, le premier, s'occupa de déterminer le point précis par où échappaient les hernies ombilicales, et partant de ce principe que la cicatrice ombilicale était un des points les plus solides des parois de l'abdomen, il en conclut que ces déplacements doivent se faire à côté de l'anneau; sur cent hernies, dit-il, il n'y en a pas deux qui passent par l'anneau.

Cette opinion, admise par RICHTER et SCARPA, fut attaquée par A. COOPER et CRUVEILHIER qui, par la dissection de nombreux cas pathologiques, démontrèrent la possibilité de l'issue des viscères à travers l'anneau ombilical lui-même. Les travaux de MALGAIGNE, les observations de BROCA, FOUCHER, confirmèrent cette manière de voir. Aussi VIDAL (de Cassis), contrairement à