

J.-L. PETIT, affirme-t-il que dans la plupart des cas les viscères sortent par l'anneau. Les hernies ombilicales proprement dites sont donc communes, les hernies paraombilicales exceptionnelles.

Ce premier point établi, les auteurs se demandèrent s'il n'existait pas une partie de l'anneau ombilical par laquelle les intestins s'échappaient de préférence à une autre. Bientôt les recherches anatomiques démontrèrent que les artères ombilicales et l'ouraie contractent avec la partie inférieure de l'anneau des adhérences telles, que toute hernie paraît manifestement impossible en ce point; dans le segment supérieur, au contraire, la veine ombilicale affecte avec l'anneau fibreux des rapports moins intimes, on trouve même là, d'ordinaire, un orifice fermé par un peloton adipeux. Il était donc naturel de conclure que les viscères auraient plus de facilité à sortir par le segment supérieur de l'anneau; l'étude attentive des faits ne tarda pas à prouver la vérité de ces hypothèses. RICHET, reprenant ces études, établit que sur beaucoup de sujets le péritoine est doublé au-dessus de l'ombilic par une lamelle spéciale (fascia ombilicalis). Ce fascia se prolonge sur la ligne médiane dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Or, sur une partie de son trajet et dans un espace correspondant à ce fascia, la veine ombilicale sépare le péritoine de la face postérieure des parois de l'abdomen; il en résulte entre les deux muscles droits un véritable canal dont la partie antérieure se trouve formée par la face postérieure des aponévroses de la ligne blanche, et la paroi postérieure par le fascia ombilicalis et le péritoine; ce canal commence supérieurement au point où la veine ombilicale pénètre complètement dans le péritoine puis va se terminer en bas à la partie supérieure de l'anneau.

Le peloton adipeux, dont nous avons signalé l'existence, obture exactement son orifice. RICHET compare cette gouttière au canal inguinal. Dès lors il est impossible aux viscères de sortir de l'abdomen par une autre partie de l'anneau fibreux, puisque celle-ci représente l'orifice externe de ce prétendu canal ombilical.

Cette théorie, vraie dans certaines circonstances, ne saurait s'appliquer à tous les cas; les recherches de TILLAUX nous ont appris en effet que l'existence de ce prétendu canal était assez peu commune. De ce qui précède, nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

1° Les hernies se font dans la majorité des cas par l'anneau ombilical.
2° L'orifice de sortie des viscères occupe le plus souvent la partie supérieure de cet anneau. 3° Quelquefois les intestins s'échappent par une des éraillures de la ligne blanche (hernies adombilicales, GERDY), péri ou sus-ombilicales (GOSSELIN).

b. *Enveloppes.* — De dehors en dedans, les enveloppes sont constituées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le péritoine. Cette dernière membrane se montre parfois très amincie, aussi les anciens auteurs, DIOMIS, GARRENGEOT, PETIT, en avaient complètement nié la présence. La cavité de ce sac peut être multiloculaire ou cloisonnée; SCARPA avait déjà rapporté un fait de ce genre, NICAISE a disséqué une autre tumeur de cette nature, dont l'observation est consignée dans la thèse de DUPLAY.

c. *Contenu de la hernie.* — Contrairement à la disposition signalée chez les

enfants, la plupart des hernies ombilicales contiennent de l'épiploon; habituellement ces tumeurs renferment de l'intestin et de l'épiploon, quelquefois de l'épiploon seul, exceptionnellement on y rencontre l'intestin sans épiploon.

Les viscères dont la présence a été le plus souvent signalée sont : l'intestin grêle et le colon transverse; dans les très volumineuses hernies, descendent aussi le cæcum, l'estomac et même la plus grande partie du tube digestif.

d. *Hernies graisseuses.* — Cette variété de hernie, plus commune à l'ombilic que dans les autres régions, a été particulièrement bien étudiée par DUPLAY dans sa thèse d'agrégation. Voici comment cet auteur explique son développement. Le tissu cellulaire sous-péritonéal s'hypertrophie et dilate l'anneau ou un des orifices voisins par lequel il s'échappe, mais ce tissu cellulaire adhère au péritoine qu'il entraîne avec lui; ainsi se forme une sorte de diverticule dans lequel les intestins pourront plus tard pénétrer. BERNUTZ avait cherché à faire prévaloir une opinion contraire. Pour lui les hernies graisseuses résulteraient d'une agglomération de tissu cellulaire autour d'un sac herniaire déshabité. Cette hypothèse déjà émise par PARÉ n'est nullement en rapport avec les faits.

Étiologie. — Les hernies ombilicales des adultes sont beaucoup plus rares que les hernies inguinales et crurales. D'après les rapports de la Société médicale de Londres, sur cent (100) cas de hernies des adultes, quatre-vingts (80) sont inguinales, dix (10) crurales, cinq (5) ombilicales.

Toutes les circonstances qui augmentent la pression de viscères abdominaux contre les parois (kystes, grossesse) ou qui modifient la résistance de ces parois (ascite, obésité) doivent être considérées comme causes prédisposantes des hernies. L'influence de la grossesse est ici particulièrement manifeste, elle nous explique la fréquence considérable des hernies ombilicales chez la femme, fréquence telle que d'après le rapport précité de la Société des bandagistes de Londres, sur trois cent quarante-quatre (344) hernies ombilicales, trois cent quinze (315) existaient chez des femmes.

Les causes déterminantes sont les mêmes que celles de toutes les hernies : cris, efforts, toux, etc.

Symptômes. — a. *Signes physiques.* — Rien de plus variable que le volume des hernies ombilicales; tantôt elles sont à peine perceptibles, tantôt elle constituent d'énormes tumeurs qui contiennent une partie des viscères abdominaux. Les masses ainsi formées se montrent lisses et arrondies, ou bosselées; lorsque les malades ne s'en occupent pas, elles s'accroissent progressivement. Relativement à leur volume on les distingue en petites, moyennes et grosses, ces dernières sont généralement irréductibles.

Signes fonctionnels. — Les signes fonctionnels ne diffèrent en rien de ceux que l'on observe dans les autres hernies, VIDAL (de Cassis) affirme cependant que les troubles digestifs se remarqueraient plus fréquemment, et d'après GOSSELIN la gravité des symptômes fonctionnels serait en rapport avec le volume des hernies.

Diagnostic. — Le diagnostic des hernies ombilicales est ordinairement des plus simples. Seules les hernies excessivement petites ont pu donner lieu à des erreurs et surtout passer inaperçues.

VIDAL (de Cassis) recommande de placer le malade de profil, les tumeurs dans cette position deviendraient notablement plus apparentes.

Les caractères que nous avons énumérés en parlant des hernies en général servent ici à distinguer les unes des autres les entéroécèles, épiplocèles et entéro-épiplocèles.

Lorsque l'orifice de sortie des viscères est très voisin de l'anneau, il peut être fort difficile d'établir si les intestins se sont échappés par l'anneau lui-même ou par un des trous de la ligne blanche. Si l'on en croit BOYER, dans les hernies ombilicales vraies le pédicule serait arrondi, le corps de la hernie sphérique, après la réduction on reconnaîtrait la forme arrondie de l'orifice. Dans les hernies adombilicales, au contraire, le pédicule figurerait une corde elliptique ou ovalaire, la tumeur se trouverait située au-dessus ou au-dessous de l'ombilic. Ces symptômes sont plus théoriques que pratiques, mais, comme le fait remarquer BOURSIER, l'erreur en pareil cas ne saurait être préjudiciable, le pronostic et le traitement étant absolument semblables dans les deux hypothèses.

Enfin différencier les hernies graisseuses d'avec les épiplocèles semble chose à peu près impossible dans l'état actuel de la science.

Pronostic. — Les hernies ombilicales des adultes constituent un accident sérieux que le chirurgien ne doit pas négliger, contrairement à celles des enfants. En effet, elles n'ont aucune tendance à diminuer, et comme les troubles et les phénomènes observés sont d'autant plus graves que la tumeur est plus volumineuse, il faut prévenir le malade des dangers qu'il court et assurer de son mieux la contention de ces hernies.

Traitement. — a. *Traitement palliatif.* — Les hernies ombilicales sont

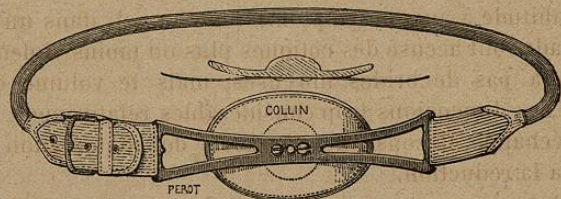


Fig. 40. — Bandage ombilical de DOLBEAU.

habituellement faciles à réduire par le taxis, mais les variations de volume au moment des repas, l'enfoncement de l'anneau, surtout chez les sujets pourvus d'embonpoint, rendent la contention fort difficile (NÉLATON). Le bandage le plus communément employé consiste en une plaque ronde et large, au centre de laquelle est placée une pelote demi-sphérique; la ceinture s'enroule autour de l'abdomen et se fixe en avant par une ou deux courroies. Ce bandage est fréquemment insuffisant; dans certains cas on se trouvera bien de celui qu'a imaginé DOLBEAU (fig. 40).

Beaucoup de femmes ne pouvant supporter absolument aucun bandage, GOSSELIN, en pareille occurrence, recommande de fixer par quelques points de couture une boule d'ouate sur une serviette; on applique ce tampon sur

l'ombilic et un système de laes serre la serviette en arrière. « Ce mode de contention, assurément insuffisant contre les grands efforts suffit, à défaut de mieux, pour empêcher l'augmentation de volume que pourraient occasionner les efforts modérés. »

Cure radicale. — Les hernies ombilicales des adultes n'ayant aucune tendance à marcher vers la guérison, et la contention, comme nous venons de le voir, étant des plus difficiles, on comprend que, dans maintes circonstances, en présence d'une hernie volumineuse, douloureuse et difficile à réduire, par exemple, l'intervention chirurgicale puisse être discutée.

L'opération, tentée par nombre d'auteurs, ne semble pas avoir fourni de mauvais résultats. Ainsi, dans la thèse de SEGOND, nous trouvons huit observations de ce genre qui toutes se sont terminées par la cicatrisation en un temps restreint (vingt jours au maximum).

Sur cinq malades que l'on a pu suivre, deux ont eu des récives, avec hernies beaucoup moins volumineuses; chez les trois autres la guérison a été complète.

B. — HERNIE OMBILICALE IRRÉDUCTIBLE

a. *Hernie ombilicale irréductible par adhérences.* — La présence presque constante d'épiploon dans les hernies ombilicales explique la raison pour laquelle elles sont souvent le siège d'adhérences. Ces adhérences paraissent succéder à des poussées inflammatoires chroniques qui se produisent facilement, surtout lorsque la contention est imparfaite ou nulle. Si indépendamment de l'épiploon il existe une anse intestinale dans la tumeur, celle-ci, dans la majorité des cas, reste réductible. L'établissement de ces adhérences ne donne lieu d'habitude à aucun symptôme fonctionnel, dans un petit nombre de faits les malades ont accusé des coliques plus ou moins violentes.

Parfois il n'y a pas de brides fibreuses, mais le volume de l'épiploon hernié a acquis des dimensions trop considérables relativement à l'orifice par lequel il s'est échappé, il constitue une sorte de champignon dont la présence s'oppose à la réduction.

Fréquemment on rencontre à la surface de ces tumeurs des ulcérations superficielles accompagnées d'un érythème qui incommode beaucoup les patients et les empêche de porter tout appareil contentif; ainsi que le fait remarquer GOSSELIN, ces ulcérations se cicatrisent rapidement par le repos et des pansements simples.

Comme toutes les épiplocèles, les exomphales sont exposées aux contusions, aux traumatismes de tout genre. On a signalé aussi la possibilité de rétrécissements partiels de l'intestin; enfin des corps étrangers ont pu s'engager dans une anse intestinale adhérente dont ils obturent le calibre. BÉRARD a rapporté quelques cas de ce genre: il s'agissait une fois d'un épi d'orge, d'autres fois de vers lombrics.

Ces derniers accidents passent souvent inaperçus, mais dans certains cas ils déterminent des complications graves, le sujet est pris de nausées, de vomissements qui peuvent faire croire à un étranglement interne.

Les hernies ombilicales irréductibles tant par leur poids que par leur volume constituent une infirmité des plus gênantes; les patients se trouvent généralement très soulagés lorsqu'ils prennent la précaution de soutenir leur tumeur par une ceinture en coutil ou en caoutchouc.

b. *Hernies ombilicales enflammées et étranglées.* — Les auteurs réunissent dans le même paragraphe l'étude des hernies ombilicales enflammées et étranglées : ces deux complications en effet se présentent d'ordinaire avec les mêmes symptômes. De plus, l'inflammation n'est habituellement que la première étape de l'étranglement.

L'étranglement paraît exceptionnel dans les hernies ombilicales. GOSSELIN, dans le cours de sa longue pratique, en a rencontré seulement dix (10) cas; d'après BRYANT, sur cent (100) hernies étranglées, on compte cinquante (50) hernies inguinales, quarante-quatre (44) crurales et six (6) ombilicales.

Qu'il s'agisse d'une hernie ombilicale vraie ou d'une hernie adombilicale, l'agent constricteur se trouve constitué dans la majorité des cas par l'anneau naturel; rarement on rencontre des étranglements par un anneau accidentel, plus rarement encore intervient le collet du sac. Sur vingt-deux (22) observations de hernies étranglées dans lesquelles la cause de l'étranglement se trouve indiquée, BOURSIER note dix (10) étranglements fibreux par les anneaux sans spécifier s'il s'agit d'anneaux naturels ou accidentels, quatre (4) étranglements par le collet; deux (2) fois enfin cette complication était imputable à des brides épiploïques ou à des adhérences.

Le rôle du collet étant encore fort restreint, il n'y a rien de surprenant à ce que l'étranglement soit peu fréquent dans les exomphales, puisque dans les autres hernies le collet est l'agent de la constriction.

Diagnostic. Pronostic. — L'inflammation et l'étranglement se présentent ici avec les signes classiques : douleur, irréductibilité, constipation incomplète ou complète, mais ce sont surtout les indications tirées du volume de la hernie et de la marche des accidents qui permettront au chirurgien de se prononcer entre l'inflammation et l'étranglement. Si l'on se trouve en présence d'une petite hernie, si les accidents ont débuté brusquement et que les symptômes locaux et généraux aient acquis rapidement une gravité considérable, il ne saurait y avoir aucune hésitation, il s'agit d'un étranglement; lorsqu'au contraire, un vieillard porteur d'une hernie volumineuse est pris au cours d'une maladie intercurrente dans son lit de douleurs et de vomissements, on ne saurait songer qu'à une péritonite herniaire.

Les choses ne se présentent pas toujours avec cette simplicité et dans nombre de faits les chirurgiens les plus remarquables se trouvent embarrassés.

Le pronostic varie naturellement suivant les cas : dans les omphalocèles étranglées, la perforation ne paraît pas survenir plus rapidement que dans les autres variétés de hernies.

Traitement. — Devant une exomphale volumineuse présentant les symptômes de l'épiplocèle enflammée, l'intervention devra se borner à l'usage des émoullients et des antiphlogistiques. S'il existe des phénomènes d'étranglement, la temporisation serait coupable, il faut agir rapidement; comme dans les

autres hernies, les moyens dont nous disposons sont : le taxis et la kélotomie.

Le taxis pratiqué en temps opportun et avec l'aide du chloroforme réussit tout aussi bien contre les omphalocèles qu'en présence des hernies inguinales ou crurales. D'après les statistiques de THOMAS BRYANT, sur cent (100) hernies ombilicales étranglées, soixante-treize (73) ont pu être réduites par le taxis, vingt-sept (27) seulement ont nécessité la kélotomie. Toutefois le chirurgien doit se rappeler que le travail destructeur marche dans les exomphales étranglées avec une grande rapidité, et si les accidents remontent déjà à quarante-huit heures, il ne devra user du taxis qu'après un examen des plus minutieux.

Si le taxis est contre-indiqué ou reste impuissant, il faut recourir à l'opération qui sera pratiquée le plus tôt possible. Cette manière de faire réunit aujourd'hui la plus grande partie des suffrages.

Jusqu'en 1861, la kélotomie était pratiquée pour les hernies ombilicales, absolument comme pour les autres tumeurs de ce genre; à propos d'une discussion qui eut lieu à cette époque devant la Société de chirurgie, HUGUIER s'éleva hautement contre l'intervention affirmant que l'expectation constituait de beaucoup le meilleur mode de traitement. GOYRAND (d'Aix) attaqua seul cette assertion et apporta quelques observations dans lesquelles la kélotomie avait été suivie de guérison.

A partir de ce moment plusieurs opérateurs (RICHEL, COLSON, DEMARQUAY) s'ingénierent à trouver un procédé susceptible de diminuer les chances de mortalité; mais, malgré leurs efforts, il y eut encore plus de revers que de succès, et en 1875, dans une nouvelle discussion à la Société de chirurgie, VERNEUIL concluait à l'abstention.

Depuis cette époque la méthode antiseptique a complètement modifié les opinions. NICAISE, TERRIER, POLAILLON ont tour à tour rapporté de remarquables succès et SEGOND a pu réunir treize (13) opérations avec deux (2) cas de mort seulement. Aussi l'intervention est-elle formellement acceptée par la majorité des contemporains.

CHAPITRE V

VARIÉTÉS RARES DE HERNIES

§ 1^{er}. — Hernies de la ligne blanche

Les hernies de la ligne blanche se rencontrent de préférence dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen; l'écartement plus grand des muscles droits, le diamètre considérable des orifices circonscrits par les bandelettes aponevrotiques nous expliquent suffisamment cette particularité. Pour rappeler