

ombilical, qu'un espace restreint, comblé par les éléments embryonnaires de la gélatine de Wharton qui forment aux artères une gaine, prolongée à la fois dans leur trajet abdominal et dans leur trajet funiculaire. Cette gaine n'existe pas autour de la veine, ou plutôt elle n'y évolue pas vers la formation de tissu fibreux; autour des artères, au contraire, elle devient de plus en plus dense, pour leur constituer une tunique adventice, et en même temps pour les fixer à la partie inférieure de l'anneau.

Dans la traversée de l'anneau, la veine, très rapprochée des artères, est aussi englobée peu à peu dans ces adhérences par sa demi-circonférence inférieure. Or, suivant l'expérience de Scarpa, que l'on essaie de refouler d'arrière en avant chez un fœtus la cicatrice ombilicale, avec le doigt introduit dans la cavité abdominale, que l'on attire en même temps le cordon en avant de l'autre main, et l'on constatera la formation d'un infundibulum à base tournée vers l'abdomen et à sommet perdu dans le cordon (fig. 101 et 102). Si l'on fait cette expérience chez un fœtus au quatrième mois, l'infundibulum se produit exactement au centre de la cicatrice; les vaisseaux se répartissent également à la périphérie pour diviser le cordon en segments égaux, la hernie sort alors par le centre de l'ombilic. Chez un fœtus plus âgé, et, à plus forte raison, après la naissance, le paquet vasculaire étant fixé au bord inférieur de l'anneau, le point faible de la cicatrice se déplace vers la demi-circonférence supérieure, et c'est par là que la hernie va faire issue en rejetant tous les vaisseaux en bas et à gauche, ainsi qu'on l'observe d'ordinaire dans les exomphales de l'adulte.

Mais, quel que soit son trajet dans l'anneau, la hernie ombilicale du fœtus a un sac péritonéal nettement constitué.

Ce sac présente parfois une disposition telle, qu'il permet de faire remonter l'origine de la hernie fœtale à une malformation de la période embryonnaire : tel le cas de Jolly, où existait sur le même fœtus une hernie de l'anse vitelline et de son diverticule adhérente aux enveloppes amniotiques, sans feuillet péritonéal de revêtement, et, par derrière celle-là, une hernie de l'intestin grêle dans un sac péritonéal fermé.

On a de même considéré comme des hernies embryonnaires incomplètement guéries certaines exomphales du fœtus qui contenaient

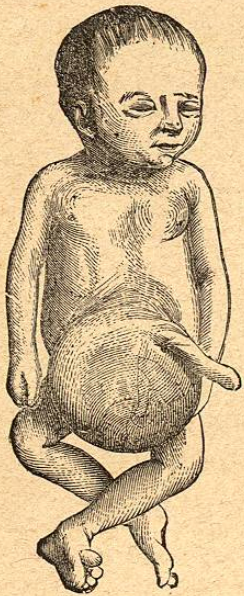


Fig. 100. — Fœtus mâle à terme affecté de hernie ombilicale (Musée Dupuytren. Lésions du tube digestif, n° 149).

une portion de lobe hépatique, ou un diverticule vitellin adhérent au sac. Ahlfeld fait observer, à propos de tels faits, que le défaut de coalescence des lames ventrales sur la ligne médiane, quelle qu'elle ait été sa cause, n'a pas été assez accentué chez ces sujets pour arrêter le développement du feuillet péritonéal autour des viscères herniés.

Habituellement, la hernie fœtale est de dimensions assez restreintes, et son contenu se limite à quelques anses intestinales grêles, seules ou accompagnées d'un segment du gros intestin.

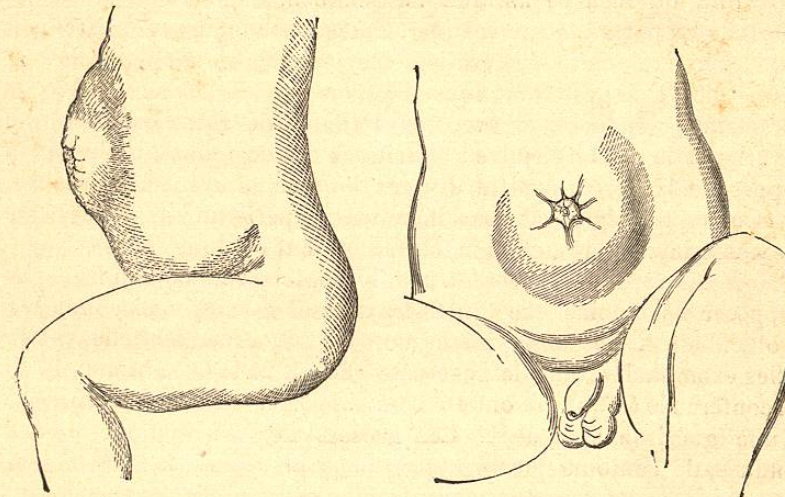


Fig. 101. — Hernie ombilicale (vue de profil).

Fig. 102. — Hernie ombilicale (vue de face).

Il est inutile de revenir ici sur les tentatives de pathogénie qui ont été faites, avec aussi peu de succès d'ailleurs que pour les hernies embryonnaires. Y a-t-il primitivement arrêt de développement de la paroi abdominale et, de ce fait, persistance dans le cordon d'une portion du tube digestif (pédicule vitellin) qui devait réintégrer l'abdomen, ou, au contraire, progression dans l'orifice de la paroi d'un des viscères abdominaux, comme le disaient Vidal (de Cassis), Bérard, etc. ? Faut-il croire à une hernie de force consécutive à une compression de l'abdomen du fœtus placé dans une position vicieuse (Cruveilhier), ou à une hernie de faiblesse due aux tractions exercées sur le cordon par son enroulement autour du corps du fœtus (Scarpa) ? Ces opinions pèchent toutes par la base : elles découlent surtout de vues de l'esprit, et aucune ne peut expliquer la totalité des faits.

Symptômes des hernies ombilicales congénitales. — Toute une catégorie de ces hernies de l'embryon et du fœtus est seulement du

ressort de l'anatomie pathologique et n'est représentée que par des trouvailles d'autopsie sur des fœtus expulsés avant terme : telles ces énormes fissures étendues de la base du sternum au pubis et par où se sont échappés le cœur, le foie, l'estomac et une partie de l'intestin. De semblables malformations sont, par elles-mêmes, incompatibles avec l'existence. On a pourtant vu survivre des fœtus dont la plus grande partie du contenu de l'abdomen était prolabé à l'extérieur et protégé seulement par une mince enveloppe translucide (Chabrely); mais, au bout de quelques jours, la membrane de revêtement s'enflammait, se perforait, ou bien se fissurait mécaniquement; et une péritonite mortelle emportait le nouveau-né. Même issue fatale, ordinairement rapide, lorsque cette perforation des enveloppes survient chez le fœtus encore en gestation; cependant, les viscères peuvent demeurer directement en contact avec les liquides de l'amnios sans que forcément la mort s'ensuive : témoin les cas de Calbet, où les enveloppes de la hernie avaient disparu longtemps avant la naissance, ainsi qu'en témoignaient des adhérences de péritonite ancienne entre les anses intestinales, et où le fœtus survécut quelques heures.

Mais ces raretés intéressent peu le clinicien. Il ne faudrait pas supposer néanmoins que toutes les grosses hernies embryonnaires évoluent ainsi. Les observations ne sont pas exceptionnelles où de telles exomphales, dont la base mesurait 15, 25 et 30 centimètres de circonférence à l'anneau ont été bien supportées et même ont abouti à une guérison spontanée. Ces grosses hernies, toujours assez tendues, de contours piriformes ou hémisphériques, largement implantées, empiètent surtout sur la région sus-ombilicale, en rejetant le cordon vers leur bord inférieur et latéral gauche, exceptionnellement en lui donnant insertion par leur sommet. La peau s'arrête aux limites du sac en formant un bourrelet plus ou moins froncé. Leurs enveloppes, minces, translucides et mobiles sur les viscères quand elles n'ont pas été enflammées, présentent, dans le cas contraire, avec ces derniers des adhérences plus ou moins étendues et vasculaires dont on s'aperçoit au cours des mouvements respiratoires, surtout dans les grandes inspirations et dans les expirations en situation d'effort (cris, etc.), qui tendent à projeter le contenu de la hernie à l'extérieur, par suite de la poussée abdominale. Ces grosses hernies sont à peu près constamment irréductibles, en totalité ou en partie : la cavité abdominale, déshabillée de tout temps par les viscères prolabés (foie, gros intestin), ayant adapté ses dimensions à son contenu habituel. Souvent aussi les adhérences aux enveloppes s'opposent à la réduction.

Les petites hernies sont plus habituelles; embryonnaires ou fœtales, leurs symptômes diffèrent peu. Ici la tumeur se limite au pourtour immédiat de l'ombilic, et elle semble logée en totalité dans le cordon distendu, dont la base dite d'implantation est parfois plus

resserrée, comme pour former un pédicule. Si la hernie est très petite, elle se dissimule en entier dans la base du cordon un peu élargie; et c'est alors qu'on risque, au moment de la naissance, de pincer son contenu dans la ligature du cordon, lorsque des brides fixent l'intestin ou un de ses diverticules au sac. Mais, d'ordinaire, au moins pour les hernies fœtales, l'intestin est libre dans ses enveloppes; et, comme la plus externe de celles-ci est toujours constituée par l'amnios et par conséquent reste transparente, on distingue, à travers elles, sinon la nature du contenu de la hernie, du moins la distance à laquelle elle s'avance dans l'épaisseur du cordon. La poussée abdominale s'y fait sentir comme dans les grosses hernies, quoique à un moindre degré; souvent on peut les réduire en totalité, mais le sac se remplit à nouveau dès qu'on cesse d'oblitérer l'anneau.

Le *diagnostic* exact du contenu de toutes ces hernies est assez délicat, malgré qu'on ait les viscères, pour ainsi dire sous les yeux. L'*intestin*, comme toujours, se reconnaît à la sonorité et au gargouillement pendant la réduction. Gosselin prétendait que, dans les exomphales irréductibles, les brides intestinales pouvaient être soupçonnées d'après cette particularité que la masse irréductible était sonore à la percussion, et que, en la saisissant largement, on avait sous les doigts la sensation d'un tube élastique dont on froisserait et dont on accolerait les parois. En tout cas, il est impossible d'affirmer si l'adhérence est simplement fibreuse, ou si elle est formée par un diverticule de l'anse vitelline fixé à l'anneau : tout au plus pourrait-on songer à l'existence d'une hernie diverticulaire, fermée secondairement du côté de l'intestin, si, dans la portion sus-ombilicale d'une exomphale embryonnaire, on constatait la présence d'une cavité kystique.

Le *foie* apparaît, dans quelques cas, avec sa coloration brunâtre à travers les enveloppes de la hernie. Toujours le lobe hernié est incomplètement réductible et garde sa consistance ferme, rénitente, assez caractéristique. Quelquefois on percevra son bord tranchant, et, partant de ce bord, la veine ombilicale, qui se dirige en bas et à gauche pour gagner l'insertion du cordon.

Il faudrait songer à la présence de l'*estomac* dans l'exomphale, si le nourrisson présentait des troubles digestifs tels que hoquets, vomissements, de suite après les tétées.

Quant à l'*omphalocèle urinaire*, c'est une tumeur fluctuante, transparente, d'ordinaire volumineuse, plongeant dans l'hypogastre, où on la perçoit au palper et à la percussion. En outre, coexiste le plus souvent avec elle une malformation des voies d'excrétion de l'urine; au premier rang, l'imperforation de l'urètre avec rétention d'urine dans la vessie et l'ouraqué distendus (la prétendue hydronéphrose congénitale).

Évolution. — L'évolution de ces hernies varie un peu suivant leur

volume; on peut dire cependant que, lorsqu'elles ne causent pas rapidement la mort du fœtus à la suite de l'ulcération de leurs enveloppes et de l'infection du péritoine, elles tendent toutes à la régression spontanée. Debout, le premier, a bien étudié les détails de ce processus de cicatrisation. Dans les grosses hernies, peu après la naissance, la membrane externe, privée de ses moyens de nutrition, se résorbe ou s'escarifie: c'est alors que les *ruptures spontanées* s'observent le plus fréquemment. Si la hernie n'éclate pas, la face externe de son enveloppe profonde bourgeonne et se couvre de granulations qui, peu à peu, s'organisent en tissu de cicatrice; la peau des bords de l'exomphale se trouve ainsi progressivement attirée vers la ligne médiane, et, en même temps, quelques îlots épidermiques apparaissent sur les portions encore à vif pour finir de les combler. Ainsi se constitue une cicatrice d'ordinaire solide par ses tendances rétractiles, à bords froncés, recouverte d'un épiderme mince, occupant le centre de la région ombilicale, encore soulevée en dôme par l'éventration qui résulte de l'arrêt de développement des muscles grands droits. Plus tard, ces muscles arrivent même à se rapprocher davantage, ainsi que Thelu, Marguariteau l'avaient constaté sur de petits malades suivis jusqu'à quatorze et dix-sept ans: mais leur accollement n'est jamais assez exact pour que la hernie disparaisse complètement; son volume s'est simplement réduit, et elle peut être assimilée, par ses caractères extérieurs, aux hernies ombilicales de l'adulte, dont elle diffère pourtant par l'aspect cicatriciel de l'épiderme.

Lorsque l'ulcération des enveloppes a été limitée aux points occupés par les diverticules vitellin ou allantoïdien dans la hernie, il en résulte des fistules dont l'évolution diffère un peu.

Les *fistules stercorales* sont les plus fréquentes; elles apparaissent souvent à la suite de la ligature du cordon, et on a songé d'abord à les expliquer par le pincement d'une anse dans le fil. Toutefois, si l'on réfléchit que presque toujours les anses grêles sont libres à l'intérieur du sac, que, d'autre part, les accidents qui accompagnent la production de la fistule restent bénins et ne réalisent jamais le tableau de l'étranglement herniaire par pincement latéral, on en arrive à cette conclusion, confirmée d'ailleurs par les constatations opératoires, que la fistule, presque toujours, porte non pas sur l'intestin même, mais sur son diverticule vitellin, persistant dans le cordon. Dans les cas de Barth, et de Clopatt, signalés par Berger, « peu de jours après la naissance, on vit sortir de l'ombilic une tumeur cylindrique d'aspect muqueux, présentant à son sommet un orifice étroit d'où s'écoulaient quelques matières intestinales et où le stylet s'engageait profondément ». Lorsque, à la suite de la fistule, s'établit ainsi une éversion considérable de la muqueuse, de même que, lorsqu'il y a de l'atrésie ou des rétrécissements multiples de l'intestin en aval, l'anus ombilical a peu de tendance à se fermer spontanément; quand, au

contraire, le cours des matières est libre dans l'intestin grêle et le gros intestin, le sort de ces fistules est celui de tous les petits conduits de dérivation latérale qui se bouchent facilement, pourvu que la voie principale d'écoulement soit dégagée. Malheureusement, pour peu que l'orifice de la fistule et l'ouverture de l'anneau ombilical soient assez larges, à mesure que l'enfant fait des efforts, il pousse sa muqueuse intestinale à travers le diverticule ouvert, l'évagine au dehors; parfois la paroi tout entière de l'intestin suit ce prolapsus, et un étranglement vrai en résulte avec toutes ses conséquences, arrêt des matières et des gaz, vomissements incoercibles, etc.

Barth a fait une bonne étude de ce genre d'accidents (1). C'est, d'ailleurs, probablement le seul mécanisme des *étranglements vrais* que l'on a pu constater à la naissance dans ces hernies congénitales. Giraldès, Gagenskcher rapportent bien que, chez des nouveau-nés, ils durent débrider l'anneau pour réduire l'intestin. Mais leurs observations manquent de détails précis; et, souvent, d'autre part, on a dû prendre pour des accidents d'incarcération de l'intestin les phénomènes de péritonite consécutifs à une ulcération minime des enveloppes.

Enfin quand le diverticule vitellin est obstrué du côté de l'intestin, suivant qu'il s'ulcère ou non dans le cordon, il donne lieu à la formation de *fistules muqueuses* ou de tumeurs glandulaires de l'ombilic, qui évoluent isolément ou compliquent une hernie congénitale de l'intestin.

A côté des fistules intestinales, il y a lieu de signaler ces *fistules gastriques*, très rares, observées par Tillmanns et Roser et dues à l'ulcération de l'estomac prolapsé dans une hernie congénitale; dans les deux cas de ces auteurs, faisait saillie à l'ombilic une tumeur dont l'orifice, à bords éversés, présentait un revêtement muqueux, rappelant la muqueuse gastrique, et donnait écoulement à un liquide acide qui corrodait fortement la peau au voisinage.

De même que les fistules intestinales ou diverticulaires, les fistules urinaires ont une certaine tendance à l'oblitération spontanée, pourvu que les voies d'écoulement naturelles soient assez larges, et que l'orifice anormal soit étroit, porte sur l'ouraque et non sur la vessie elle-même (*exstrophie partielle*). J'ai eu l'occasion d'observer un cas curieux de fistule urinaire congénitale dans une exomphale, fistule guérie spontanément pendant la première enfance, et qui se rouvrit lorsque le malade, âgé de soixante-cinq ans, commença à vider difficilement sa vessie à la suite de l'hypertrophie de sa prostate.

Traitement des hernies ombilicales congénitales. — Depuis l'antisepsie, les règles qui président au traitement des hernies congénitales

(1) BARTH, Ueber die Inversion des offenen Meckelschen Divertikels und ihre Complication und Darmprolaps (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1887, Bd XXVI, p. 193).

de l'ombilic sont bien précises, et très différentes de l'ancienne pratique des chirurgiens. Ceux-ci se contentaient de surveiller l'élimination du cordon en protégeant, le plus efficacement possible, les enveloppes contre l'infection et contre la rupture par des pansements et des appareils de contention assez serrés. Debout, en 1861, se déclarait abstentionniste décidé. Six ans plus tard, Duplay, dans sa remarquable thèse, s'élevait encore contre les tentatives précoces de réduction sanglante; et, cependant, lui-même revenait bientôt sur son opinion première, après avoir été témoin des accidents qui emportent rapidement la plupart des nouveau-nés atteints de grosses exomphales congénitales: dans son traité de pathologie, il conseille déjà de pratiquer aussitôt qu'on le pourra la dissection et la suture des bords de l'éventration.

Aujourd'hui, il n'y a plus à hésiter; et les chiffres suivants dictent assez éloquemment la conduite que doit tenir le chirurgien: en 1890, Willis Macdonald (d'Albany) (1) a rassemblé 19 observations d'exomphales congénitales opérées avec 17 guérisons et 2 morts, 12 observations de hernies abandonnées à elles-mêmes avec 9 morts rapides et 3 guérisons.

De 1882 à 1893, Lindfors et Berger ont compté, dans leur statistique personnelle, 32 cures radicales avec 26 guérisons et 6 morts, 5 ligatures sous-cutanées du pédicule avec 3 guérisons et 2 morts, et 7 cas pour lesquels l'expectation aboutit à 4 morts et 3 guérisons.

A quel moment et dans quelles conditions faut-il intervenir?

Le contenu et l'état de la hernie importent peu: ne seront respectées que les énormes éventrations avec fissure trop large pour que la réunion des bords en soit possible, ou au contraire les hernies petites, facilement et totalement réductibles, c'est-à-dire possédant un sac péritonéal et ne risquant pas de se rompre au moment de la chute du cordon. Et encore, pour ces dernières, devra-t-on surveiller avec le plus grand soin la formation de la cicatrice après l'élimination de l'enveloppe externe, en se tenant prêt à intervenir à la moindre alerte.

Dans tous les autres cas, l'opération est de règle, surtout si les enveloppes sont minces et si l'exomphale est irréductible en totalité ou en partie.

C'est ainsi que la présence du foie dans la hernie n'a pas arrêté Telsemeich, Reüter, Maunoury, Runge, Baum, etc., qui, sur leurs sept opérés, n'en ont perdu qu'un; et pourtant, dans les interventions suivies de guérison, une fois, il avait fallu réduire également la rate (Benedikt), et une autre fois une portion de l'estomac (Landerer). De même, les adhérences de l'intestin au sac sont négligeables dans la discussion des indications opératoires. Exceptionnellement, elles sont assez étendues pour ne pouvoir être disséquées; et même

(1) MACDONALD, *Amer. Journal of Obstetrics*, 1890.

larges, on pourrait, en tout cas, les réintégrer avec le sac lui-même, à la suite de l'anse adhérente.

Enfin, l'infection déjà établie des enveloppes ulcérées et du contenu de la hernie n'a pas empêché deux petits opérés de Barton et de Berger de guérir complètement. C'est dans ces conditions, du reste, et la main forcée par la rupture des enveloppes, que, avant la période antiseptique, des chirurgiens, tels que Hamilton, Hey, Hubbaner, avaient osé toucher à ces hernies. Bérard avait été le premier, et longtemps presque un des seuls, à tenter, de parti pris, la cure radicale d'une exomphale du cordon (1840).

Quand faut-il opérer? Le plus tôt possible, si la perforation est imminente ou s'est effectuée déjà durant le travail; Dunlap et Phenomenoff ont dû ainsi intervenir une heure, Macdonald six heures, Krükenberg quatorze heures après la naissance. Dans les cas moins urgents, on fera mieux de temporiser un jour ou deux, en prenant des précautions antiseptiques vis-à-vis de la région; en tout cas, on n'attendra pas l'élimination du cordon, car alors l'infection serait beaucoup plus difficilement évitée. Si le chirurgien n'était appelé que lorsque cette élimination est déjà avancée, il ne différerait pas un seul instant l'intervention, à moins qu'il ne s'agisse d'une hernie très petite et facilement réduite.

Mode d'intervention. — La ligature sous-cutanée du pédicule doit être rejetée, car elle est aveugle; et, quand on peut la réaliser facilement, c'est dans les cas où la cure radicale méthodique n'offre aucuns dangers.

Celle-ci peut être pratiquée d'après la méthode extrapéritonéale ou avec l'omphaléctomie.

Dans la méthode extrapéritonéale (Olshausen, Benedikt), l'opérateur reste en dehors de l'enveloppe profonde de la hernie, qu'il détache par clivage de l'enveloppe externe; il réduit en masse le sac et son contenu, et, après avoir avivé les bords cutanés le long de la perte de substance, il les suture sur la ligne médiane. Réduite à ces manœuvres, l'intervention est évidemment simple et peut convenir aux grosses hernies avec large fissure et adhérences étendues; mais elle est insuffisante pour assurer la solidité ultérieure de la paroi: ainsi que le reconnaît Benedikt lui-même, elle ne préserve pas des éventrations. On devrait, en tout cas, la compléter par l'adossement et la suture des muscles grands droits toutes les fois qu'on le pourrait. Mais elle a contre elle tous les partisans, de plus en plus nombreux, de la chirurgie au grand jour, qui lui reprochent de laisser passer inaperçues ou de laisser subsister certaines complications (diverticules, brides), dont les conséquences pourront être graves ultérieurement.

Aussi préfère-t-on aujourd'hui la cure radicale avec ouverture du péritoine et omphaléctomie, d'emblée ou consécutive. Après incision

prudente du sac pour ménager les adhérences, celles-ci sont disséquées ou réséquées avec la portion du sac auxquelles elles tiennent, puis tout le contenu de la hernie est rentré dans l'abdomen et les enveloppes excisées jusqu'à la limite des tissus de la paroi normale. Une suture à trois plans adosse ensuite péritoine, muscles et aponévroses, enfin téguments. Si le foie est dans la hernie, on peut toujours le réduire en élargissant l'anneau par incision de la ligne blanche. Le pédicule vitellin persistant a-t-il été intéressé dans la résection du sac, on l'oblitérera par une suture séro-séreuse ou on le reséquera lui-même, s'il est assez long et volumineux pour créer des risques d'occlusion ultérieurs. Pour le traitement des fistules urinaires et des exstrophies partielles de la vessie, qui ne présente ici aucune particularité, nous renvoyons à l'article VESSIE de M. Legueu, t. IX de ce *Traité*.

II. — HERNIES OMBILICALES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS.

Il n'y aurait pas lieu de décrire ces hernies à part de celles des adultes si elles ne présentaient pas une évolution toute particulière. Au point de vue de la constitution de leurs enveloppes, en effet, et de leur mode de formation, elles sont en tous points comparables aux exomphales de l'adulte, c'est-à-dire qu'elles résultent de la distension progressive de la cicatrice ombilicale et qu'elles ont un sac péritonéal revêtu extérieurement par la peau. Leur étude anatomo-pathologique sera donc faite avec celle de ces dernières.

On les observe avec une fréquence à peu près égale dans les deux sexes, un peu plus souvent cependant chez les garçons : 272 garçons pour 199 filles, d'après Berger. Mais, tandis que dans le sexe masculin l'exomphale infantile ne représente que le 1/5 de la totalité des hernies, dans le sexe féminin elle compte pour les 3/5. Chez les garçons, au moins une fois sur trois, elle coexiste avec une hernie inguinale, simple ou double. Cette coïncidence, rapprochée du fait que l'exomphale apparaît, dans l'immense majorité des cas, de suite après la naissance, est peut-être un argument en faveur du développement de ces hernies dans un trajet préformé, tel que nous le décrirons à propos de certaines omphalocèles de l'adulte (1). En tout cas, fréquemment, l'abdomen présente chez ces enfants un relâchement exagéré de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche, nettement perceptible par l'écartement qui se produit entre les muscles droits au moment des efforts; ce relâchement lui-même témoigne d'une malformation congénitale, que l'on retrouve aussi dans la plupart des hernies ombilicales fœtales. D'après Martin (de Lyon) (2), les enfants à cordon volumineux et mou sont plus exposés à l'exomphale infantile.

(1) Voy. p. 766 et fig. 103.

(2) MARTIN, *Journ. de méd. de Sédillot*, t. XLI.

Pour les hernies qui apparaissent au bout de quelques mois ou à la fin de la première enfance, on a incriminé, sans preuves suffisantes, l'alimentation au biberon, la farine lactée ou encore la diarrhée et les fièvres éruptives. Mais ce sont là seulement des causes adjuvantes qui, en déterminant l'amaigrissement, augmentent le relâchement de la paroi et favorisent l'accroissement rapide d'une hernie déjà existante, mais à peine perceptible jusque-là.

C'est quelques jours après la naissance, en général de suite après la chute du cordon, que l'on constate la présence de la hernie infantile; elle forme alors une petite tumeur très facilement réductible qui fait bomber légèrement la peau encore mince de la cicatrice et qui présente de l'impulsion au moment où le nourrisson crie ou fait des efforts. Le volume habituel est celui d'une noisette, rarement d'une noix; les contours globuleux se perdent progressivement dans les téguments de la paroi abdominale sans présenter d'ordinaire de pédicule à leur base. Quant au contenu, il varie peu; c'est presque toujours une anse grêle, plus rarement une portion du côlon transverse.

Les troubles fonctionnels sont peu accentués; pourtant, la plupart de ces enfants souffrent de coliques persistantes, et M. Berger dit avoir constaté que celles-ci étaient instantanément calmées par la réduction de la hernie. L'étranglement, s'il existe, doit être d'une grande rareté.

En général, ces hernies de la première enfance présentent une évolution, toujours la même; elles tendent à la régression spontanée et, pour peu qu'on y aide par des moyens de contention, à la guérison. En même temps que l'anneau ombilical se resserre, que la cicatrice se consolide, la ligne blanche elle-même augmente de résistance, si bien qu'après avoir eu pendant deux, trois ou quatre ans de véritables éventrations, les enfants peuvent, au bout de ce temps, quitter tout bandage, avec une paroi solide et un ombilic normal. Il ne faut pourtant pas trop se fier à ces cures spontanées. D'abord, certaines hernies infantiles persistent malgré tout; d'autres laissent, après leur disparition, l'anneau distendu, le nombril relâché, avec une petite fossette péritonéale toute prête pour l'amorce d'une nouvelle exomphale, quand l'obésité, les grossesses répétées et surtout l'âge auront diminué la tonicité de la paroi en même temps qu'accru la tension intra-abdominale. Enfin, certaines hernies, ou plutôt certains trajets herniaires congénitaux, sur lesquels nous aurons à revenir à propos des hernies canaliculées de l'adulte, p. 766, après avoir disparu pendant quelques années, deviennent à nouveau brusquement perceptibles, même chez des sujets jeunes et à parois résistantes.

En tout cas, même si l'on tient compte de ces exceptions, l'on doit continuer à considérer l'exomphale de la première enfance comme