

tuels, nous préférons beaucoup, dans le doute, l'intervention rapide.

Quelques erreurs peuvent encore être commises relativement à la nature de la tumeur; on a vu des adénites profondes de l'aine présenter les phénomènes de l'étranglement; cette particularité s'observe surtout lorsque l'inflammation occupe le ganglion lymphatique ordinairement placé à l'orifice de l'entonnoir crural contre le ligament de Gimbernat. Ici encore il ne faut jamais s'abstenir si l'on doute.

La hernie étranglée abandonnée à elle-même peut se réduire spontanément et guérir; cette heureuse terminaison est bien rare. Elle ne se produit que lorsqu'il y a une bonne part des accidents imputables à l'inflammation; elle peut se réduire avec perforation intestinale, péritonite suraiguë et mort rapide; il peut encore se faire une ouverture dans le sac, et un anus contre-nature; enfin la mort survient quelquefois du fait des symptômes cholériques de l'étranglement.

Il faut donc toujours intervenir et intervenir rapidement. Pendant les deux premiers jours, Gosselin conseille d'essayer pendant dix à quinze minutes le taxis au chloroforme, puis d'opérer; au troisième jour, très peu de taxis, opérer et réduire l'intestin s'il n'est pas trop malade; plus tard, opérer immédiatement et se comporter vis-à-vis de l'intestin suivant la gravité des lésions rencontrées. La part du taxis dans ces recommandations nous paraît trop belle. Cette manœuvre réussit rarement ici, et elle n'est jamais sans danger. Il faut surtout retenir de ces préceptes, que la hernie crurale étranglée ne doit pas être abandonnée à elle-même un seul moment. Si un taxis modéré pratiqué sous le chloroforme ne la réduit pas, on devra, la hernie n'eût-elle qu'une heure d'existence, pratiquer la kélotomie. Au début, cette opération pourra être faite sans ouverture du sac; le débridement des anneaux ou même leur dilatation avec les doigts, lorsque l'étranglement n'est pas trop serré, pourra suffire; plus tard l'ouverture du sac est de règle, et, il faut bien le reconnaître, cette pratique seule permet de juger s'il existe ou non des lésions de l'intestin; elles se produisent d'une façon quelquefois si rapide que rien ne permet de préjuger dans un sens ou dans l'autre. Quant au débridement, bien que la lésion des artères n'ait guère été observée d'après Gosselin, il faudra, pour éviter les écueils que nous avons signalés, débrider en bas et en dedans sur le ligament de Cooper, ou bien un peu en haut; on se trouvera donc bien de petits débride-

ments multiples. L'application des procédés de cure radicale est ici facile et parfaitement de mise, d'autant plus que la hernie crurale a fourni à cette méthode ses plus beaux résultats.

IV

COEXISTENCE DES HERNIES INGUINALES ET CRURALES

Très souvent la hernie inguinale s'accompagne d'une hernie crurale siégeant du côté opposé; le plus fréquemment la hernie inguinale siège à droite et la crurale à gauche. Cette double infirmité, observée par Berger 111 fois chez l'homme, 70 fois chez la femme, offre de réelles difficultés à la contention, la traction de la pelote inguinale attirant en haut la pelote crurale.

Mais il arrive également que ces deux variétés de hernies coexistent du même côté (224 cas de Berger). Cette coexistence est unilatérale, ou bilatérale, plus fréquente également chez l'homme que chez la femme.

Les deux variétés de hernies peuvent être absolument distinctes l'une de l'autre: il existe alors deux tumeurs distinctes, le plus souvent de volume moyen. Mais très souvent les deux hernies paraissent se souder et se fondent en une saillie bilobée, occupant toute la région de l'arcade crurale, et déprimée au niveau de ce ligament fibreux.

De pareilles hernies ne sont guère justiciables que du traitement palliatif par les bandages, d'autant plus que la flaccidité des orifices herniaires rend ici les complications peu fréquentes.

CHAPITRE III

HERNIES OMBILICALES

La hernie ombilicale est une tumeur de la région ombilicale contenant dans son intérieur un ou plusieurs viscères de l'abdomen; on l'appelle encore exomphale, omphalocèle.

C'est avec intention que l'on base cette définition sur la région occupée par la tumeur et non sur le trajet qu'elle suit. Ce trajet,

chez l'adulte au moins, a donné lieu à de nombreuses discussions : les uns pensant que la hernie était presque toujours *parombilicale* (J.-L. Petit, Richter, Scarpa), les autres (et c'est l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui) admettant que dans la majorité des cas les viscères herniés passent bien par la cicatrice ombilicale.

Notions anatomiques et embryogéniques. — 1° Dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine, l'embryon humain se nourrit et s'accroît principalement aux dépens d'organes accessoires situés en dehors de ce qui sera plus tard la cavité abdominale : vésicule ombilicale, vésicule allantoïde, circulation vitello-allantoïdienne.

Les parois abdominales incomplètement développées limitent entre elles un vaste orifice par lequel s'échappent une partie des viscères de la cavité et le pédicule des vésicules ombilicale et allantoïde.

2° A partir du troisième mois, les parois sont suffisamment rapprochées pour ne plus former qu'un anneau, l'anneau ombilical, par lequel sort le cordon ombilical; la cavité abdominale est assez développée pour contenir normalement les viscères.

3° A la naissance, et pendant que s'opère la cicatrisation du cordon, l'orifice ombilical se trouve dans des conditions de faiblesse spéciale. Cette période du développement a aussi ses hernies ombilicales particulières.

4° Enfin l'anneau est constitué définitivement; on y trouve une cicatrice cutanée, froncée, plus ou moins cachée dans une dépression de la paroi abdominale et présentant le plus souvent deux plis : l'un inférieur, plus grand, à concavité dirigée en haut; l'autre supérieur, plus petit, inclus dans le premier, à concavité dirigée en sens inverse.

Au-dessous, se voit dans l'aponévrose de la ligne blanche un orifice dont le contour semble formé par des fibres entre-croisées.

Richet décrit à sa face profonde un faisceau élastique, sorte de sphincter qui jouerait un rôle important dans la mortification de la partie extra-embryonnaire du cordon.

La demi-circonférence supérieure de l'anneau est occupée par la veine ombilicale, mais celle-ci adhère mal au contour de l'orifice; il n'est pas rare de voir de la graisse s'échapper par là; la demi-circonférence inférieure, au contraire, est remplie par trois cordons fibreux qui adhèrent intimement entre eux et à la cicatrice ombilicale : au milieu l'ouraqué, sur les côtés les cordons fibreux des artères ombilicales.

Ces divers faisceaux se dirigent immédiatement en bas, tandis que la veine ombilicale se porte en haut et à droite vers le foie; enfin on a signalé à la face profonde l'existence d'une lamelle celluleuse de 3 à 4 doigts de haut, tendue transversalement en arrière de la veine ombilicale : c'est le *fascia umbilicalis* du professeur Richet. Cette disposition anatomique existe certainement, toutefois elle n'est peut-être pas aussi fréquente que le dit Richet; lorsqu'elle existe, elle constitue un véritable trajet occupé par la veine et de la graisse, et l'on conçoit bien que les viscères puissent suivre cette voie pour constituer la hernie ombilicale chez l'adulte.

Tantôt la hernie ombilicale se constitue pendant la période intra-utérine du développement de l'anneau ombilical, elle est dite *congénitale*; elle l'est réellement dans toute l'acception du mot, puisqu'elle existe à la naissance.

Tantôt elle se développe après la naissance, brusquement dans un effort, plus souvent avec lenteur par suite d'un affaiblissement de la cicatrice, ou de quelque autre disposition; elle est, dans ce cas, *acquise* ou *accidentelle*.

I

HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE

La *hernie ombilicale congénitale*, envisagée relativement à l'époque de sa formation et aussi dans sa constitution anatomique, présente deux variétés très importantes :

1° Une variété *embryonnaire*;

2° Une variété *foetale*.

La première de ces variétés, surtout quand elle est très volumineuse, est bien plutôt une malformation, une véritable éviscération, qu'une hernie proprement dite. Elle a pour caractère fondamental de ne pas être recouverte par la peau et de ne pas présenter de sac herniaire.

La seconde tend à établir une transition entre la hernie congénitale et la variété infantile de la hernie acquise.

Les deux variétés de la hernie ombilicale congénitale ont un grand caractère commun : leur enveloppe extérieure est constituée par la gaine du cordon et son enveloppe amniotique; mais on trouve en dedans de cette membrane, à laquelle elle est unie par la gélatine de

Wharton, une seconde paroi excessivement mince, et essentiellement différente, suivant qu'on a sous les yeux une hernie fœtale ou une hernie embryonnaire.

Dans la hernie embryonnaire, une membrane mince et transparente, en continuité avec les enveloppes du cordon ombilical, et qui n'est autre que l'amnios, constitue le revêtement externe. L'enveloppe immédiate qui correspond au sac des hernies ordinaires est, ainsi que l'ont judicieusement établi Campana, Duplay, constituée par la membrane primitive de Rathke qui précède la formation de parois abdominales.

Entre ces deux feuillettes, externe et interne, qui constituent les enveloppes de la hernie, se trouve, en quantité variable, un tissu analogue à la gélatine de Wharton. Les hernies embryonnaires sont donc *dépourvues de péritoine*.

Dans la *hernie fœtale*, la paroi étant presque complètement développée, le sac est bien constitué par le *péritoine*, mais celui-ci est souvent très aminci, libre ou adhérent aux viscères.

Dans l'une ou l'autre de ces variétés, la *minceur* du sac est considérable; aussi n'est-il pas rare de le voir *se rompre* dans l'amnios, spontanément ou dans les manœuvres de l'accouchement.

Le *cordon ombilical* semble *s'insérer* sur la hernie même; quelquefois cette insertion est médiane, le plus souvent elle est latérale et siège à gauche. Les éléments qui le composent sont comme ceux du cordon spermatique, tantôt dissociés (hernies embryonnaires très volumineuses), tantôt réunis et simplement rejetés sur le côté (hernies embryonnaires petites, hernies fœtales).

Le contenu de la hernie varie suivant sa variété et ses dimensions.

On a trouvé des hernies embryonnaires extrêmement volumineuses, véritables éventrations totales qui renfermaient le foie tout entier et une grande partie de l'intestin; on y a noté même la présence du cœur. Il en est d'autres, d'un volume moyen, où l'on rencontre avec ou sans intestin une portion variable de la glande hépatique; il ne saurait jamais être question d'épiploon, car cet organe à cette époque de la vie n'existe pas; d'autres enfin, plus petites, ne contiennent qu'un nombre variable d'anses intestinales. Celles-ci sont tantôt libres, tantôt adhérentes. Nous verrons dans l'étude symptomatologique que l'on a souvent observé l'inflammation, quelquefois, très rarement, une sorte d'étranglement.

Avec ou sans intestin, se voit encore quelquefois un *diverticule intestinal*, surtout le vestige du pédicule creux qui reliait la vésicule ombilicale à l'intestin: c'est l'*omphalocèle diverticulaire*.

La *hernie de l'anse vitelline* est caractérisée par la présence à la base du cordon d'une petite tumeur irréductible, formée par l'anse intestinale qui porte le conduit vitello-intestinal, anse qui est restée adhérente à l'ombilic.

Semblablement l'ouraqué peut rester perméable et une partie de ce pellicule allantoïdien peut exister dans la hernie ombilicale: c'est l'*exomphale urinaire*. Ces deux cordons, par leur développement même, sont en dehors du sac péritonéal quand il existe.

Étiologie. — De cet exposé anatomo-pathologique résulte donc ce fait important, seul bien démontré aujourd'hui, qu'il n'y a pas d'autre cause à la hernie congénitale qu'un arrêt de développement des parois, plus ou moins complet suivant la variété embryonnaire ou fœtale. Quant aux causes de cet arrêt, on a invoqué la péritonite adhésive (Simpson), la rétraction intra-utérine des muscles abdominaux (J. Guérin), la compression du fœtus, des attitudes vicieuses (Cruveilhier); rien de tout cela n'est établi. On sait seulement, d'après les expériences de Scarpa, que les tiraillements du cordon, la compression des viscères, favorisent la formation d'un sac ombilical. Duplay n'est pas éloigné de croire que l'intestin peut ne s'engager, dans certaines hernies fœtales, qu'après la naissance; on aurait affaire à une variété de hernie congénitale qui ne serait pas forcément produite pendant la vie intra-utérine, mais qui doit encore être appelée congénitale, parce qu'elle s'effectue dans un sac créé avant la naissance. Nous avons rencontré cette disposition bien plus marquée d'ailleurs dans la hernie inguinale péritonéo-vaginale.

Symptôme, marche et diagnostic. — Cliniquement la hernie ombilicale offre de grandes variétés d'aspect, suivant qu'elle est embryonnaire ou fœtale, très volumineuse, de dimensions moyennes ou petites, suivant enfin qu'elle est réductible ou irréductible, enflammée, peut-être même étranglée. Nous essayerons de faire passer sous les yeux les principaux types.

Tantôt on voit des enfants qui viennent de naître avec une énorme hernie ombilicale, d'origine embryonnaire, renfermant une grande partie des viscères de l'abdomen qui se dessinent par transparence à travers les minces enveloppes distendues du cordon ombilical. La

peau, arrêtée dans son développement, enserre pour ainsi dire le pédicule de la hernie d'un collet plus ou moins circulaire. Ce sont de véritables monstruosités, bien souvent incompatibles avec la vie, coexistant ou non avec d'autres malformations. Lorsque le fœtus n'est pas mort-né, au moment de la chute du cordon, le péritoine se trouve ouvert, et une péritonite suraiguë suit cette ouverture; cependant on a observé la survie avec persistance de la hernie; la membrane interne de la hernie subsistait après la chute du cordon, devenait granuleuse, bourgeonnait et finissait par donner naissance à un tissu cicatriciel, d'où une guérison partielle ou même totale, le sujet ne conservant qu'une proéminence de la région.

La hernie peut être de moyen volume et renfermer, soit une quantité variable d'intestin reconnaissable à sa mollesse, à sa sonorité à la percussion, soit une portion variable de la glande hépatique, masse dure, incomplètement réductible, mate à la percussion, dans laquelle on peut parfois à la palpation reconnaître le bord tranchant du foie; c'est dans ces cas surtout que le cordon s'insère au côté gauche de la tumeur. La hernie peut sans doute encore se rompre, s'enflammer, mais la guérison devient plus fréquente.

En troisième lieu la hernie est petite, le plus ordinairement d'origine fœtale et non embryonnaire; elle renferme une petite anse intestinale dans un mince sac péritonéal, et, en règle générale, elle guérit spontanément; mais parfois, accident fort important à reconnaître, elle passe inaperçue, et le chirurgien lie avec le cordon l'anse intestinale qui y était incluse, ce qui nous amène à parler de l'*étranglement* dans les hernies congénitales.

Il est évidemment rare; l'arrêt du développement de l'anneau, les dimensions du sac, ses caractères anatomiques se prêtent plutôt à l'*inflammation*. Nous avons déjà dit que celle-ci pouvait amener des adhérences et même une péritonite grave. Quelques faits rares semblent cependant établir la possibilité de l'étranglement. Presque toujours la hernie congénitale étranglée est une hernie fœtale de petit volume, et son étranglement purement artificiel, en quelque sorte, est opéré par la ligature posée sur le cordon ombilical; mais, particularité fort curieuse, et sur laquelle a bien insisté Gosselin, les symptômes sont d'une bénignité étonnante; on voit se former un abcès stercoral, une fistule par laquelle sortent quelques matières jaunâtres, d'apparence fécaloïde, puis petit à petit tout se ferme et

guérit spontanément. Duplay a proposé pour ces faits une explication des plus satisfaisantes: il est bien probable que dans ce cas il s'agit de diverticules intestinaux liés par mégarde.

L'exomphale diverticulaire est évidemment presque impossible à diagnostiquer; quant à l'exomphale urinaire, la présence d'une tumeur fluctuante liquide à la base du cordon, se continuant avec l'ouraqué, pourra parfois permettre ce diagnostic.

Le diagnostic doit encore révéler au chirurgien quelques points complémentaires sur la hernie ombilicale; un examen attentif lui fera connaître si la tumeur est complètement ou incomplètement réductible, si elle est irréductible par adhérences ou par perte du droit de domicile, si elle est enflammée ou même étranglée.

Pronostic. — Le pronostic des énormes monstruosités ombilicales mentionnées plus haut est extrêmement grave pour les raisons indiquées; nous avons vu cependant que la guérison spontanée était possible. La hernie fœtale, surtout peu volumineuse, est au contraire d'un pronostic favorable; la guérison spontanée est la règle.

Traitement. — En présence d'une grosse hernie embryonnaire, le chirurgien doit surveiller attentivement la chute du cordon, prévenir et modérer autant que possible l'inflammation et la péritonite; on se fait facilement une idée du peu de ressources que lui laissent l'âge du sujet et la gravité de l'affection. Si, au contraire, la hernie est peu volumineuse, la ligature ne doit être posée sur le cordon qu'avec précaution et à distance pour être sûr de ne pas comprendre l'intestin ou un diverticule.

Un petit bandage bien simple facilitera la contention de la hernie et permettra sa guérison complète. Une intervention chirurgicale (suture des bords de l'orifice) ne serait indiquée que dans des cas exceptionnels.

II

HERNIE OMBILICALE ACCIDENTELLE

Les viscères peuvent faire hernie par la cicatrice ombilicale à tous les âges de la vie à partir de la naissance; mais le travail de cicatrisation, qui suit la chute du cordon, crée, pour un temps, des conditions spéciales de développement. Aussi décrit-on séparément la her-

nie ombilicale des enfants, hernie de la première ou même de la seconde année de la naissance, et la hernie ombilicale des adultes.

A. *Hernie ombilicale des enfants.* — Après la chute du cordon, l'orifice ombilical est le siège d'un travail cicatriciel dont les lois ont été clairement établies par Robin; ce processus amène la formation d'une cicatrice, surtout résistante à la partie inférieure, autour de l'ouraque et des artères ombilicales; mais pendant ce travail et longtemps encore après, l'anneau ombilical reste faible, et par conséquent dans des conditions de résistance insuffisantes; cette faiblesse originelle appartient en propre à la division particulière que nous décrivons ici.

D'ailleurs cette distinction concorde avec des caractères anatomiques et cliniques distincts. La tumeur est recouverte par la peau; le sac, presque toujours mince, est bien constitué par le *péritoine*, mais dans la hernie même *il n'y a jamais d'épiploon*, par la raison bien simple que celui-ci n'existe pas, ou du moins n'est pas suffisamment développé.

Étiologie. — Cette variété est très fréquente; on l'observe surtout dans la race nègre et particulièrement dans certaines tribus; on l'a rattachée à l'existence de cordons ombilicaux mous et volumineux, qui sont sans doute en rapport eux-mêmes avec un anneau plus large. Ces dispositions pourraient être héréditaires.

Ajoutons encore qu'on a incriminé un pansement ombilical mal fait, une distension rapide de la cicatrice encore faible par des cris, des efforts, par une ascite, par des tumeurs abdominales.

Étude clinique. — C'est en général vers l'âge de trois à six mois et jusqu'à un an ou deux qu'on amène au praticien des enfants dont la cicatrice ombilicale fait une légère saillie, allongée, presque cylindrique; cette petite tumeur, absolument molle, rentre facilement par la pression, le décubitus dorsal, comme elle augmente par l'effort; elle n'est presque jamais douloureuse; on ne cite aucun fait d'étranglement, et, par conséquent, on peut dire en résumé que la hernie des enfants est remarquable par son petit volume et par sa bénignité.

Traitement. — Cependant on ne doit pas l'abandonner à elle-même, sous peine de la voir s'accroître; il faut donc faire porter un bandage au petit sujet, et ce bandage doit être aussi simple que possible: un tampon d'ouate ou de coton, une petite pelote élastique,

maintenus avec une bandelette de diachylon ou de tissu élastique, remplissent parfaitement le but.

B. *Hernie ombilicale chez l'adulte.* — a. *Hernie réductible.* — Des dissections anatomiques trop peu nombreuses et des observations incomplètes ne permettent pas encore de fixer l'état de la science sur le point par lequel sortent les hernies ombilicales chez l'adulte.

Pour J.-L. Petit, Richter, Scarpa, la hernie est presque toujours *parombilicale*; A. Cooper, Malgaigne, Cruveilhier veulent qu'elle se fasse, au contraire, presque toujours par l'anneau ombilical lui-même. Les éléments de la question, que nous possédons aujourd'hui, doivent nous faire admettre l'existence de ces deux variétés, en inclinant cependant à croire que la hernie ombilicale vraie est la plus fréquente.

Il y a donc des hernies *péri-ombilicales*, *adombilicales* (Gerdy), *susombilicales* (Gosselin), mais il y a incontestablement et plus fréquemment peut-être des hernies *ombilicales vraies*. On a même été plus loin dans ces déterminations: on sait que la hernie ombilicale vraie se fait presque toujours par la partie supérieure de l'anneau; or, si elle peut y pénétrer directement, comme l'établissent nombre d'observations incontestables, il est probable, comme certains auteurs l'admettent aussi, qu'elle s'engage quelquefois d'abord dans le trajet ombilical de Richet pour venir aboutir, après un trajet oblique, à la partie supérieure de l'anneau, à côté de la veine ombilicale.

La hernie ombilicale de l'adulte peut encore être une hernie persistante de l'enfance.

Il y a des hernies petites, moyennes et grosses; les premières ordinairement réductibles, les dernières presque toujours irréductibles.

De forme généralement arrondie, la hernie ombilicale présente de grandes variétés: une des plus connues est la *hernie trifoliée de Malgaigne*, due ou à la dépression des anses intestinales par les cordons de l'ouraque et des artères ombilicales, ou à de simples tractus fibreux.

Au-dessous de la peau, du tissu graisseux sous-cutané, ordinairement amincis et distendus, la cicatrice ombilicale, plate et dépliée, recouvre un sac péritonéal vrai, adhérent à l'anneau, parfois comme

multiloculaire et cloisonné, toujours très mince, à collet généralement peu marqué. On a vu le sac coiffé du cordon de la veine ombilicale qu'il avait refoulé devant lui.

Dans ce cas, on trouve presque toujours de l'épiploon, caractère important des hernies de l'adulte, et en même temps une ou plusieurs anses intestinales : intestin grêle ou côlon transverse; on a signalé le cæcum et l'estomac. Il est très rare de trouver un sac déshabité et fermé par rétraction de son collet, mais, par contre, il est beaucoup plus fréquent, principalement chez des femmes grasses et âgées, d'observer à la région ombilicale des hernies graisseuses qui ne semblent pas occuper des sacs déshabités, mais bien plutôt être des pelotons bien circonscrits du tissu graisseux sous-péritonéal.

Étiologie. — La hernie ombilicale n'est pas très fréquente : on observe environ 1 hernie ombilicale pour 2 crurales et 16 inguinales. Elle se rencontre surtout chez la femme : la grossesse, les tumeurs abdominales, peut-être l'épaisseur du tissu graisseux des parois, favorisant la dilatation préalable de l'anneau par hernies graisseuses, sont autant de conditions qui rendent bien compte de cette fréquence plus considérable.

Symptomatologie et diagnostic. — On constate, au niveau de la région ombilicale, une tumeur que nous supposons de volume moyen. De forme généralement arrondie, parfois cylindrique, plutôt un peu aplatie, elle soulève la peau de la cicatrice qu'elle distend et amincit, refoulant en général à la partie inférieure la cicatrice plus ou moins dépliée. Cette tumeur est réductible; elle se reproduit ou augmente par l'effort, la toux. Sa consistance est molle, quelquefois pâteuse, lorsque l'épiploon la constitue en grande partie; au lieu de la sonorité intestinale, on obtient alors à la percussion une matité plus ou moins complète. Son pédicule est ordinairement dirigé transversalement ou obliquement ascendant vers la partie supérieure; il serait, dit-on, arrondi lorsque la hernie correspond à l'anneau, allongé lorsqu'elle se fait au voisinage par une éraillure de la ligne blanche.

Si la hernie ombilicale peut ne donner lieu à aucun symptôme douloureux, il n'est pas rare, surtout lorsqu'elle prend un certain volume, de voir survenir des douleurs, de petites coliques, des troubles digestifs, et cela d'autant plus que la formation d'adhérences péritonéales est fréquente.

Le diagnostic est donc le plus souvent facile : en dehors de l'hydromphale, distension de la cicatrice ombilicale par une ascite volumineuse, aucune affection ne peut être confondue avec la hernie ombilicale; il suffit, croyons-nous, d'être prévenu de la possibilité de cette erreur.

Cependant il faut savoir que la hernie est quelquefois très petite et passe facilement inaperçue chez des sujets gras; le diagnostic de la hernie graisseuse est souvent très difficile; enfin il faut s'appliquer à reconnaître la présence de l'épiploon, le degré de réductibilité de la hernie.

Pronostic. — La hernie ombilicale réductible n'est par elle-même qu'une infirmité, mais elle peut s'enflammer, devenir irréductible, s'étrangler même; bien que cet accident ne soit pas fréquent, le chirurgien doit en tenir compte dans son pronostic.

Traitement. — On ne peut donc pas, pour tous ces motifs, négliger de faire rentrer une hernie ombilicale et de la maintenir réduite. La réduction s'opérera dans un relâchement aussi complet que possible des parois abdominales; elle sera exécutée à l'aide d'une pression douce et progressive, faite plutôt de bas en haut, suivant la direction du trajet, que d'avant en arrière.

La hernie une fois réduite, on fera porter un bandage qui consistera toujours en une pelote, maintenue par une ceinture de coutil ou mieux de caoutchouc : la ceinture sera large, pour ne pas être déplacée. Il est bien rare qu'une simple pelote portée par un ressort et munie ou non d'une portion saillante engagée dans l'anneau ombilical suffise à maintenir la hernie.

La hernie ombilicale chez l'adulte n'a pas de tendance à la guérison spontanée, aussi on a proposé la cure radicale; les indications nous paraissent ici moins nombreuses que dans les autres espèces de hernies; elles doivent être d'autant plus discutées et mûrement pesées que l'opération est ici moins simple et certainement plus grave. Cependant, des opérateurs habitués à la pratique de la chirurgie abdominale ne reculeront point devant ces interventions toutes les fois que les indications paraîtront suffisantes.

b. *Hernies ombilicales irréductibles.* — L'irréductibilité se rencontre dans un très grand nombre de hernies de l'adulte. Il s'agit la plupart du temps d'adhérences survenant dans les hernies volumineuses, intestino-épipliques et encore plus épipliques qu'intesti-

nales, sous l'influence de petites poussées de péritonite herniaire; l'irréductibilité est, suivant les cas, complète ou partielle.

Les grosses hernies adhérentes peuvent se compliquer de l'ulcération et de la rupture de leurs parois et notamment de la peau amincie, de rétrécissement partiel de l'intestin, d'arrêt de corps étrangers dans sa cavité, même d'ulcérations et perforations intestinales (un cas de Sappey).

La contention à l'aide d'une simple ceinture ou d'un sac formant une sorte de suspensoir est le traitement qui leur convient le mieux.

c. *Hernies ombilicales étranglées.* — C'est dans la hernie ombilicale volumineuse que se voient surtout ces *inflammations herniaires*, véritables pseudo-étranglements dont [nous avons eu l'occasion de parler plus haut (p. 572)]. Une grosse hernie devient douloureuse; sa tension s'accroît progressivement; si elle était réductible au moins partiellement, elle cesse de l'être. Des phénomènes généraux se montrent, généralement assez atténués : coliques, nausées et même vomissements; le malade ne va pas à la garde-robe pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures; on administre coup sur coup un, deux ou même trois purgatifs; le cours des matières se rétablit; peu à peu les douleurs cessent et tout rentre dans l'ordre; mais la hernie reste irréductible du fait des adhérences qui subsistent. Il n'y a pas eu là un véritable étranglement, mais une simple péritonite herniaire.

Cependant l'étranglement lui-même n'est pas impossible dans les grosses hernies ombilicales; il peut d'ailleurs être la conséquence de l'inflammation même qui aura donné naissance à des adhérences assez étroites ou assez multipliées pour déformer d'une manière définitive le tube intestinal, mettre obstacle au cours des matières et créer en définitive l'étranglement de la hernie. Dans ces conditions, l'étranglement offre ce caractère de se développer lentement; aussi la temporisation n'a-t-elle pas ici trop d'inconvénients. — Au contraire des hernies ombilicales peu volumineuses s'étranglent quelquefois assez rapidement.

L'agent de l'étranglement paraît être rarement le collet du sac; on le trouve en effet presque toujours mince et adhérent à l'anneau ombilical; pourtant on l'a vu épaissi, rétracté et capable de produire une striction suffisante. Le plus souvent l'étranglement serait dû à l'anneau ombilical. Nous avons signalé le rôle que jouent l'inflam-

mation, les brides, les adhérences; on a vu l'intestin s'étrangler dans une ouverture épiploïque, et même une fois dans une ouverture du sac.

Quelle est donc la conduite à tenir? — C'est à vrai dire, la même que dans les autres étranglements herniaires : tenter d'abord le taxis puis recourir résolument à la kélotomie. La difficulté consiste à diagnostiquer dans les grosses hernies un véritable étranglement d'une simple inflammation. Mais ici comme partout il vaut mieux admettre trop facilement un étranglement que méconnaître un étranglement qui existe. La temporisation ne devra donc jamais aller trop loin. Tout au plus au début pourra-t-on se permettre un purgatif d'épreuve. Le taxis, il faut bien le savoir, donne d'excellents résultats dans la hernie ombilicale; à une période un peu avancée, il devra comme partout être fait avec modération ou même rejeté complètement et l'on aura recours à la kélotomie.

La kélotomie a été fort discutée; Huguier la condamnait absolument comme très dangereuse à cause de l'ouverture considérable d'un sac volumineux qui débouche directement dans la cavité péritonéale, et de la présence si ordinaire de nombreuses adhérences. Pour atténuer ces dangers, on a indiqué comme procédé opératoire la dilatation de l'anneau sans ouverture du sac (Richet), ou bien l'incision du collet à travers une ouverture simple du sac (Demarquay, Th. Bryant); mais les conditions habituelles de la hernie rendent ces opérations presque toujours insuffisantes. La kélotomie avec ouverture du sac, pourvu qu'elle soit faite dans de bonnes conditions d'antisepsie, donne actuellement ici d'aussi bons résultats que partout ailleurs, et elle est parfaitement applicable, non seulement aux hernies étranglées, mais même à la cure radicale des hernies irréductibles qui deviennent trop gênantes.

CHAPITRE IV

HERNIES ABDOMINALES RARES

Les hernies inguinales, crurales et ombilicales représentent la presque totalité des hernies abdominales, 95 pour 100. Cependant le chirurgien doit être prévenu de l'existence d'un certain nombre