

paroi du sac herniaire des adhérences solides qui semblaient remonter à une époque primitive.

Il n'est guère utile de discuter cette théorie et nous ne savons que penser de cette *péritonite* et de ces *adhérences* avec les parois d'un sac dépourvu de péritoine. D'ailleurs Simpson admet lui-même que la péritonite et les adhérences se seraient développées alors que la hernie existait déjà; elles ne sont donc pas les causes du vice de conformation; ce sont des complications.

Au lieu de rechercher du côté des viscères et de l'intérieur de la cavité herniaire les causes de la hernie ombilicale, J. Guérin (1) a prétendu que la persistance, avec grandes dimensions, de l'ouverture ombilicale était le résultat d'une rétraction intra-utérine des muscles abdominaux analogue à celle qui, pour le même auteur, produit le pied-bot et le torticolis, c'est-à-dire consécutive à une maladie du système nerveux donnant lieu d'abord à des convulsions, puis à des contractions du côté du système musculaire. Cette opinion repose uniquement sur des hypothèses, et, à ce titre, elle ne mérite pas qu'on la discute.

J'ai complètement laissé de côté une théorie opposée à la précédente et soutenue avec ardeur par le professeur Cruveilhier, théorie mécanique, d'après laquelle la hernie ombilicale congénitale serait la conséquence d'une compression éprouvée par le fœtus ou d'une attitude vicieuse; compression, attitude telles que les viscères abdominaux refoulés en avant, viendraient s'engager dans la gaine du cordon qui serait ainsi énormément distendue.

Les études embryologiques modernes ne permettent plus même de discuter cette théorie, tout à fait inadmissible, par exemple, dans ces cas de hernies irréductibles formées par la portion du tube digestif normalement contenue dans la base du cordon ombilical, et à plus forte raison dans les cas où la hernie, formée par la plupart des viscères abdominaux et en particulier par le foie, doit manifestement sa production à l'absence de la paroi abdominale dans une étendue plus ou moins considérable.

Ahlfeld (2) pense que la production de la hernie congénitale doit être attribuée à la persistance du pédicule de la vésicule ombilicale qui empêche les lames ventrales de se réunir et maintient l'intestin au dehors. Cette opinion s'appuie sur des observations trop peu nombreuses pour qu'on doive l'accepter comme démontrée.

Mais si, pour ces cas d'exomphales dont l'origine remonte manifestement à la période embryonnaire, l'arrêt de développement est seul admissible, il faut bien invoquer l'influence de causes d'une autre nature, analogues à celles qui agissent dans le mécanisme des hernies

(1) *Gaz. méd.*, 1862, p. 275 (*Compte rendu de l'Académie de médecine*).

(2) *Die Entstehung des Nabelschnurbruchs*, etc. (*Archiv für Gynecologie*. Band. XL. Hft.).

accidentelles, pour expliquer la production de ces exomphales qui surviennent dans les derniers temps de la vie intra-utérine, alors que le développement de l'abdomen s'est accompli et que les lames ventrales se sont soudées pour former l'ombilic.

Scarpa (1) a fait remarquer que, si l'on pousse le péritoine d'arrière en avant dans l'anneau ombilical, sur un fœtus de sept mois, on donne naissance à une sorte de sac herniaire, et que, si l'on exerce une traction sur le cordon, on voit le péritoine entrer dans la base de celui-ci sous forme d'infundibulum. D'après ces faits, il admet qu'une hernie peut se former dans le sein de la mère, lorsque le cordon se trouvant enroulé autour d'une partie du fœtus, est accidentellement soumis à des tiraillements. Une compression de l'abdomen venant se joindre à la tension du cordon peut déterminer la production de la hernie.

Parmi les modernes, A. Bérard (2), Vidal (de Cassis) (3), Debout (4) ont admis ce second mécanisme, et ont divisé les hernies ombilicales congénitales en deux espèces distinctes par leur étiologie :

1° Celles dues à un arrêt de développement, par suite duquel la portion du tube digestif normalement contenu dans le cordon ne rentre pas dans la cavité abdominale;

2° Celles par déplacement d'une anse intestinale qui, rentrée dans l'abdomen, a été ensuite attirée ou poussée dans la base du cordon par une compression ou une attitude vicieuse du fœtus.

Tout en admettant que ces deux formes de hernies soient essentiellement différentes dans leur mode de production, je crois cependant qu'elles présentent aussi entre elles une certaine analogie relativement à leur cause première, et peut-être bien pourrait-on dire que dans les deux cas il y a arrêt de développement. Seulement dans l'un des cas, le défaut des parois abdominales est complet et plus ou moins étendu, les viscères font *naturellement* hernie au dehors; dans l'autre cas, l'arrêt de développement, s'il existe, consiste seulement dans une moindre épaisseur, une faiblesse plus grande des parois de l'abdomen au niveau de l'ouverture ombilicale. Par ce fait seul, et s'il y a tension du cordon, le péritoine forme à ce niveau un cul-de-sac, ou du moins il est tout prêt à céder à la moindre pression exercée de dedans en dehors. Pendant la vie intra-utérine, en l'absence de la respiration, en raison des compressions uniformes auxquelles se trouve soumis le corps du fœtus par le fait du liquide amniotique, la formation d'une hernie doit être rare; mais dès que la respiration s'établit, que les efforts s'exécutent, les viscères et en particulier les intestins sont poussés dans le diverticule péritonéal et une hernie se produit.

Cette variété de hernie n'est donc plus comparable, en raison de son

(1) *Traité des hernies*, trad. Cayol, p. 317.

(2) *Dict.* en 30 volumes, art. OMBILIC.

(3) *Des hernies ombilicales et épigastriques*. Thèse de concours, 1848.

(4) *Loc. cit.*

mécanisme, à la véritable hernie congénitale, et elle serait beaucoup mieux placée à côté des hernies qui surviennent dans le jeune âge. Je crois même qu'un grand nombre de hernies ombilicales dites des nouveau-nés doivent reconnaître cette origine.

En résumé, et pour exprimer ma pensée à l'aide d'une comparaison, je pense qu'on pourrait assimiler la hernie ombilicale congénitale formée dans 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.

Il resterait encore à examiner l'étiologie des hernies ombilicales diverticulaires et urinaires. Je serai très bref sur ce point.

On admet généralement, depuis Meckel, que le diverticule iléo-cæcal qui peut former parfois l'omphalocèle diverticulaire résulte de la persistance à l'état d'appendice creux du canal de la vésicule ombilicale. Il s'agit donc encore d'un arrêt de développement. Il en est de même de l'omphalocèle urinaire constituée par la persistance anormale du canal de l'allantoïde.

SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC. — Dans la description qui va suivre, je ne m'occuperai pas de ces omphalocèles énormes dans lesquelles les parois abdominales font à peu près complètement défaut et laissent à nu tous les organes abdominaux. Dans ces cas, en effet, les enfants sont le plus souvent mort-nés, ou meurent quelques instants après leur naissance. D'ailleurs il n'est pas rare que la tumeur se soit rompue, soit par le fait de son développement, soit pendant le travail de l'accouchement.

Indépendamment de ces monstruosités véritables, pour peu que l'exomphale soit médiocrement volumineuse, elle se présente avec les caractères extérieurs déjà mentionnés. On voit à la place de l'ombilic une tumeur piriforme ou arrondie, à surface unie ou irrégulière, occupant le centre du cordon ou sa partie latérale. Elle est habituellement assez transparente pour qu'on puisse voir, à travers ses parois, les organes qui en font partie; cette transparence cesse brusquement à l'union du cordon avec la peau de l'abdomen. La tumeur se tend et augmente de volume pendant les cris de l'enfant.

A l'aide de ces signes, on comprend difficilement qu'une erreur soit commise, et il faut seulement citer pour son étrangeté le cas rapporté par A. Paré (1), dans lequel un de ses contemporains ouvrit une hernie de cette nature, croyant avoir affaire à une tumeur humorale.

Mais lorsque la hernie est petite, qu'elle occupe la base du cordon, elle peut passer inaperçue au moment de la naissance et être comprise dans la ligature. Le fait aurait été, dit-on, observé quelquefois. Nous aurons à y revenir plus tard et à examiner les accidents variables qui peuvent résulter de cette méprise.

(1) Œuvres de Paré, édit. Malgaigne, t. II, p. 795.

Un point des plus importants dans la symptomatologie de ces tumeurs, et qu'il faut déterminer avec soin, en raison de sa valeur pronostique, c'est de savoir si l'exomphale est réductible ou irréductible.

La réduction s'opère quelquefois complètement, ou elle est incomplète, ou bien enfin la tumeur est tout à fait irréductible. Lorsque ce dernier caractère existe, il est important de savoir si l'irréductibilité tient à des adhérences, ou à ce que les viscères ont perdu droit de domicile dans la cavité abdominale trop peu spacieuse pour les recevoir.

D'après le professeur Gosselin (1), l'idée d'une entéroécèle adhérente pourrait être adoptée si la tumeur était sonore à la percussion, et si, saisissant entre les doigts la partie transparente, on pouvait la plisser et adosser ses parois à elles-mêmes.

Je ferai seulement remarquer que ces signes seraient insuffisants s'il s'agissait de cette variété de hernie décrite par Debout, dans laquelle l'anse intestinale primitivement contenue dans le cordon a subi son développement normal en dehors de la cavité abdominale, et ne peut plus rentrer parce que celle-ci n'est pas développée.

L'irréductibilité produite par la présence du foie se reconnaît d'abord à ce qu'on peut voir souvent, à travers la faible épaisseur des parois, la coloration brunâtre de l'organe; puis à ce que la tumeur est mate à la percussion; enfin, suivant Gosselin, en plissant la tumeur, on sentirait entre les deux feuillets qu'on cherche à rapprocher une portion plus ou moins considérable d'une substance solide qui ne s'affaisse pas.

Quant aux tumeurs partiellement réductibles, qui contiennent le plus souvent une portion du foie, on les reconnaît à la combinaison des symptômes précédents.

Il est d'ailleurs un signe qui présente une grande valeur dans les hernies partiellement ou complètement irréductibles et qui indique que le foie fait partie des viscères herniés, c'est la position circonférentielle du cordon situé constamment au côté gauche de la tumeur, ce dont on se rendra bien compte si l'on se rappelle les rapports de la veine ombilicale avec le foie.

Les exemples de hernies ombilicales *diverticulaires* sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tracer exactement la symptomatologie et le diagnostic.

Si le diverticule est mince, étroit, il passera aisément inaperçu au moment de la naissance. Dans le cas, au contraire, où il existerait un canal dilaté renfermant dans son intérieur des matières muqueuses ou autres, si surtout il existe un état de rétrécissement ou d'occlusion du tube digestif au-dessous de l'émergence de l'appendice, on pourrait, dit-on, reconnaître la présence de celui-ci à une épaisseur plus considérable du cordon et même à l'existence d'un gargouillement qui se produit par la pression du cordon à sa base. Ces symptômes existaient dans une

(1) *Leçons sur les hernies*, 1865, p. 426.

observation rapportée par Cazin (1). Mais, même dans ce cas, l'omphalocèle diverticulaire sera le plus souvent confondue avec une petite hernie intestinale.

Quant à l'omphalocèle urinaire, elle se reconnaît à la présence dans la base du cordon d'une tumeur fluctuante et transparente. De plus, on constaterait le plus souvent une rétention d'urine complète ou incomplète.

MARCHE. TERMINAISONS. — Si on laisse de côté ces omphalocèles très volumineuses qui se sont rompues pendant le cours de la vie intra-utérine ou durant le travail de l'accouchement et qui déterminent très-rapidement la mort, pour ne s'occuper que des cas compatibles, jusqu'à un certain degré, avec la vie de l'enfant, on verra que la marche ultérieure de ces tumeurs varie suivant diverses circonstances, comme leur volume, la quantité et la nature des viscères qu'elles contiennent, et surtout leur réductibilité ou leur irréductibilité.

S'il s'agit d'une petite hernie intestinale cachée dans la base du cordon, la guérison spontanée est la règle. Si l'anse intestinale n'a pas été comprise dans la ligature du cordon, ce dernier se flétrit et se détache comme d'habitude; la cicatrice ombilicale se produit, et, soutenue par les pièces de pansement, prévient la sortie de l'intestin. Toutefois la hernie peut avoir de la tendance à se reproduire, et sa marche est alors celle des hernies des nouveau-nés et sera examinée plus tard.

Mais il n'en est pas de même pour les exomphales volumineuses dont l'origine remonte à la période embryonnaire.

Leur marche est presque toujours fatale et la mort est la terminaison habituelle de l'affection. Au moment de la chute du cordon, les enveloppes de la hernie se détruisant par suite du mécanisme particulier qui détermine normalement la séparation du cordon, la cavité abdominale se trouve largement ouverte, le péritoine s'enflamme et l'enfant succombe rapidement.

Quelque fréquente qu'elle soit, cette terminaison n'est pas constante, et les recherches de Debout ont parfaitement démontré que l'exomphale peut persister à un certain degré sans causer la mort, ou même guérir spontanément et d'une manière complète. Dans son mémoire déjà cité, Debout a rapporté des cas empruntés à divers auteurs, dans lesquels une guérison complète a été observée. Dans cinq autres faits, la guérison a été également obtenue; mais elle a été aidée par l'intervention du chirurgien. Enfin, j'ai cité dans ma thèse deux faits, empruntés à Thudichum et à Kræmer, et dans lesquels la guérison spontanée d'énormes exomphales a été obtenue en trente-sept et soixante-cinq jours. Quand la guérison doit s'opérer, voici comment les choses se passent :

Le feuillet externe des parois de la tumeur, qui appartient aux mem-

(1) *Des diverticules de l'intestin*, thèse de Paris, 1862, p. 35, obs. IV.

branes du cordon, tombe après la naissance et se sépare à la base de la tumeur dans le point où elle se continue avec la peau. Cette élimination est seulement un peu plus longue à se faire que lorsque la base du cordon n'a pas subi cette énorme ampliation.

Lorsque la chute de ce feuillet a eu lieu, il reste pour toute enveloppe à la tumeur la membrane interne qui se continue avec le reste de la paroi abdominale, et que tous les auteurs considèrent jusqu'à présent comme le péritoine. Or, on voit cette membrane devenir le siège de phénomènes remarquables et tout à fait différents de ceux que nous sommes habitués à observer du côté des membranes séreuses enflammées : en effet, la surface de ce soi-disant sac péritonéal devient rouge, vasculaire, se couvre de bourgeons charnus et se convertit en une plaie suppurante; puis, se rétractant peu à peu, elle réduit la portion des viscères situés dans la cavité de la tumeur et finit par ramener au contact les bords de l'ouverture ombilicale.

Lorsque la brèche des parois abdominales est comblée, et par la rétraction de ce que l'on peut appeler le sac herniaire, et par le développement du bourrelet cutané qui entourait la base de la tumeur, toute trace de la lésion n'a pas disparu. Les tissus fibreux, qui doivent constituer l'anneau ombilical proprement dit, ont été tellement distendus par le volume des parties herniées qu'ils ont perdu la faculté de revenir sur eux-mêmes, et il reste après la guérison une proéminence de la région ombilicale, telle que certains auteurs continuent à désigner cette saillie sous le nom de hernie ombilicale, quoique la rentrée des viscères ait été réellement effectuée et que la guérison ne puisse être contestée.

Dans plusieurs de ces faits, la guérison a été constatée quelquefois après un temps fort long, treize ans (Margariteau), quatorze ans (Thélu), dix-neuf ans (Getto).

Nous signalerons enfin une particularité curieuse dans la guérison spontanée de ces hernies ombilicales congénitales. Sous l'influence de la rétraction de la poche herniaire et par suite de la rentrée des viscères dans la cavité du ventre relativement atrophiée et trop peu spacieuse pour les contenir, on voit quelquefois des hernies se produire par

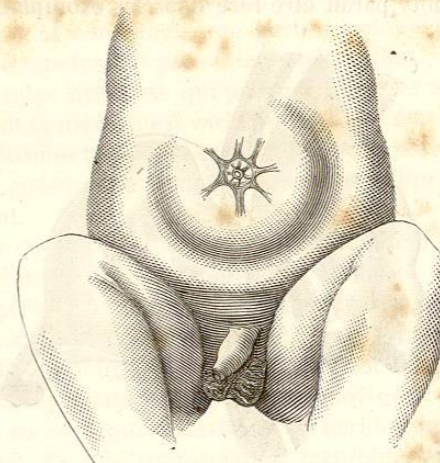


FIG. 40. — Hernie ombilicale congénitale guérie spontanément.

d'autres ouvertures. Dans un fait dû au professeur Stoltz (1), quelque temps après la guérison spontanée d'une exomphale considérable, il se produisit une double hernie inguinale. Il en fut de même chez un enfant observé par Cruveilhier (2).

Les hernies ombilicales congénitales peuvent-elles s'étrangler? Pour les exomphales volumineuses la question peut être douteuse. Cependant il semble, dans certains cas de tumeurs pédiculées, que les viscères aient subi un certain degré de constriction.

Mais, dans ces exemples d'exomphales étranglées, les phénomènes de la constriction se confondent tellement avec les symptômes de l'inflammation qui s'empare de la totalité de la tumeur, enveloppes et contenu, qu'il est bien difficile de déterminer exactement ce qui appartient à l'étranglement véritable. Toutefois, il est bon que l'attention du chirurgien soit éveillée de ce côté; et si j'ai agité un instant cette question, c'est qu'il serait peut-être possible d'intervenir chirurgicalement.

Si l'étranglement (dans le sens qu'on est convenu d'attribuer à ce mot) paraît être rare dans les exomphales volumineuses, il se montre-

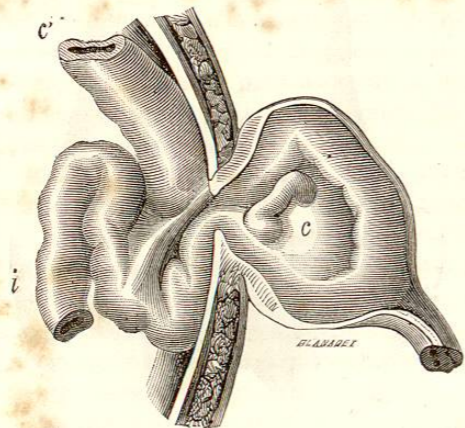


Fig. 41. — Hernie ombilicale congénitale étranglée (Giraldès).

rait, dit-on, quelquefois dans les petites hernies de la période fœtale; mais alors le mécanisme en serait tout particulier. Il résulterait de ce que, par inadvertance du chirurgien, l'anse intestinale aurait été prise dans la ligature du cordon. Cet accident devrait, semble-t-il, déterminer à peu près constamment la mort, au milieu des symptômes de l'iléus. Or, dans la plupart des observations de cette nature qui ont été rapportées (3), on s'étonne de la bénignité des symptômes locaux et généraux qui ont suivi cette ligature. Voici ce qui est arrivé : Après la chute du cordon, on a vu sortir par un pertuis de l'ombilic des matières jaunâtres, mélangées de gaz, qui ont été regardées comme intestinales. Puis des bourgeons charnus se sont montrés autour de l'orifice anormal, et après un temps variable la guérison spontanée a eu lieu. Avec ces symptômes locaux peu ou point de phénomènes d'étranglement.

(1) Debout, *loc. cit.* et *Bull. de thérapeutique*, t. LIII, p. 467.

(2) *Anat. pathol.*, avec planches. (ORGANES DIGESTIFS.)

(3) Bruce, *Sur une espèce particulière de fistule stercorale de l'ombilic*, thèse, 1834, n° 238.

Sont-ce bien là les symptômes que nous observons habituellement lorsqu'une anse intestinale ou même une portion d'anse intestinale est serrée dans une ligature? Évidemment, il y a dans ces faits quelque chose d'insolite qui avait frappé le professeur Gosselin (1) et lui avait fait émettre des doutes sur la nature de ces fistules stercorales de l'ombilic succédant à la ligature de cordon. Je crois que la question est jugée aujourd'hui, et que ces faits se rapportent non pas à des hernies intestinales prises dans une ligature, mais bien à des hernies diverticulaires. Il suffit pour se convaincre de la réalité de cette supposition de lire les observations assez nombreuses et appuyées sur des autopsies, qui éclairent d'un jour tout nouveau l'histoire de ces fistules ombilicales (2).

Je ne voudrais pas dire cependant que tous les faits rapportés à la ligature d'une anse intestinale avec le cordon soient controuvés. Seulement on serait en droit de demander des observations précises sur ce point : on en trouvera une assez curieuse dans les *Bulletins de la Société anatomique* (3). Une ligature avait été appliquée sur une omphalocèle d'un volume assez considérable et contenant une portion notable des intestins. La mort est survenue rapidement par suite de péritonite.

J'indiquerai de même les fistules urinaires qui peuvent succéder aux omphalocèles urinaires, et dont la marche est variable suivant l'état de perméabilité de l'urèthre. Ces fistules urinaires, de même que les fistules stercorales, peuvent en effet guérir spontanément lorsque l'urèthre est libre, ou persister indéfiniment.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'exomphale diffère essentiellement, comme on a pu en juger, suivant la variété à laquelle on a affaire.

La hernie ombilicale de la période fœtale n'offre aucune gravité. Mais il n'en est pas de même des exomphales de la période embryonnaire, pour peu qu'elles présentent un volume médiocre; leur pronostic est toujours excessivement grave. Cependant on sait maintenant que cette gravité a été exagérée par les anciens, qui regardaient les hernies ombilicales congénitales comme un vice de conformation incurable, et on connaît mieux les conditions diverses qui modifient le pronostic.

D'après le mécanisme suivant lequel s'opère la guérison spontanée des exomphales, on peut conclure que la réductibilité en est une condition indispensable. Les hernies irréductibles, au contraire, seront le plus souvent incurables; toutefois il y aura lieu de se demander si l'art ne peut rien tenter pour aider la nature.

Ces conclusions ont une grande portée pratique. Avant qu'elles ne fussent adoptées, on considérait l'exomphale congénitale comme un cas de non-viabilité, et si l'enfant qui en était affecté portait un autre

(1) *Leçons sur les hernies* (*loc. cit.*)

(2) Cazin, *loc. cit.*, p. 35, obs. IV.

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1844.

rice de conformation incompatible avec la vie, mais contre lequel le chirurgien aurait pu agir, on n'intervenait pas. C'est ainsi que Debout rapporte deux faits dans lesquels on refusa d'opérer d'une imperforation de l'anus des enfants porteurs d'exomphales.

Au point de vue médico-légal, les idées nouvelles que l'on professe sur le pronostic des hernies ombilicales congénitales ont encore leur importance, puisqu'on peut aujourd'hui non-seulement déclarer viables les enfants qui sont atteints de ce vice de conformation, mais encore poser les limites de cette viabilité. Celle-ci est seulement possible, ainsi que l'a établi Debout, dans les cas de tumeurs réductibles, et alors que le fœtus a atteint et même dépassé le huitième mois de la vie intra-utérine. La présomption de la viabilité des nouveau-nés sera donc en raison inverse de l'étendue de l'éventration ombilicale, et en raison directe de la durée de la gestation.

TRAITEMENT. — L'étude de la marche et des terminaisons de l'omphalocèle congénitale nous montre la conduite que doit tenir le chirurgien en présence d'une semblable affection. Spectateur des efforts de la nature pour opérer la guérison spontanée, il n'a que fort peu de moyens pour venir à son aide, et il ne doit intervenir que dans des cas où l'incurabilité paraît manifeste.

Soustraire l'enveloppe de la hernie au contact de l'air, afin de prévenir une trop violente inflammation, telle est la première indication que l'on remplira aisément en recouvrant la tumeur avec un linge fin enduit d'un corps gras.

Debout conseille également, dans le but de prévenir la trop prompte séparation du cordon, de saupoudrer la surface de la tumeur avec un mélange de poudre de charbon et de quinquina.

Est-il nécessaire de favoriser par des moyens actifs la réduction prompte des viscères dans le ventre ?

Cette indication paraît avoir préoccupé les chirurgiens, et dans diverses observations on les voit chercher à opérer cette réduction aussi promptement que possible et à la maintenir par différents procédés. Une semblable pratique nous paraît défectueuse, et, suivant la remarque de Debout, ce n'est pas ainsi que procède la nature, qui opère lentement et progressivement la rentrée des viscères dans l'abdomen. D'ailleurs, dans bien des cas, cette réduction brusque serait impossible, la cavité du ventre n'étant pas assez vaste pour loger la masse intestinale qui s'est développée dans le cordon. Alors même qu'on réussirait à réduire, on soumettrait les viscères abdominaux à une compression qui deviendrait préjudiciable à l'enfant.

Pour toutes ces raisons donc, on doit se borner à soutenir la région ombilicale par un bandage médiocrement serré, et à faciliter par de courtes manœuvres de refoulement l'ampliation de la cavité du ventre.

Pendant la période de suppuration et de cicatrisation, un pansement

simple, soutenu par un bandage légèrement compressif, constitue tout le traitement.

Enfin, plus tard, lorsque la guérison a été obtenue, et qu'il persiste une intumescence de la région ombilicale, le rôle du chirurgien doit encore se borner à soutenir cette partie par une compression très-modérée, dans la crainte, si celle-ci était trop forte, de déterminer la production d'une hernie dans un autre point.

D'après ce qui précède, on comprend que nous ne saurions approuver la conduite tenue par quelques chirurgiens, qui ont cru devoir appliquer soit la ligature, soit même la suture, dans des cas d'exomphale où rien n'autorisait une telle pratique.

De semblables moyens devraient être seulement tentés dans des cas désespérés et comme dernière chance de salut. C'est ainsi que, dans une observation de Hubbauer (1), une exomphale du volume d'une tête d'enfant s'étant rompue spontanément, pendant le travail de l'accouchement, le chirurgien, après avoir réduit les viscères, tenta la suture des bords de l'anneau ombilical. La cicatrisation était déjà commencée, lorsque l'enfant succomba.

Jusqu'ici nous avons seulement fait allusion aux hernies réductibles. Le chirurgien peut-il quelque chose contre les exomphales irréductibles ? Il est certain que, dans les cas où l'irréductibilité tient à la présence dans le sac de la totalité du foie, la question ne peut pas même être posée, attendu que le vice de conformation n'est pas compatible avec l'entier développement du fœtus. Mais s'il s'agit d'omphalocèles irréductibles composées uniquement d'anses intestinales, et dans lesquelles le seul obstacle à la rentrée des viscères paraît être l'étrécissement relatif de l'anneau ombilical, en présence de l'événement fatal qui attend tout nouveau-né atteint d'une semblable hernie, il est permis de se demander si l'abstention des chirurgiens n'est pas coupable. Quelque faibles que soient les chances de guérison, l'exemple de ces guérisons obtenues à la suite de la ligature ou de la suture, ou plutôt malgré l'emploi de ces procédés inintelligents, ne devrait-il pas engager à mettre en usage des moyens analogues et même plus dangereux, lorsqu'ils constituent la seule et unique ressource ?

Le débridement de l'anneau suffisant pour obtenir la réduction des viscères, suivi, si on le jugeait indispensable, de la ligature des enveloppes ou de la suture des bords de l'ouverture, serait donc indiqué dans les cas que nous venons de préciser. Il faudrait seulement se hâter de prendre ce parti énergique, afin de devancer le développement des accidents inflammatoires du côté de la tumeur. Cette pratique aurait peut-être été couronnée de succès dans un cas rapporté par Lossius (2), si

(1) *Zeitschrift f. Chir. und Geburtsh.*, VIII, 4, 1854, et *Schmidl's Jahrb.*, t. LXXXV, p. 319, 1855

(2) *Observ. méd.*, p. 240, et *Lassus, Méd. opér.*, t. I, p. 234.