

mité antérieure de la 12^e côte, en dedans par le bord externe de la gaine des extenseurs du dos et en bas par le petit oblique.

Il existe des observations de **hernies lombaires congénitales**. D'autres se produisent à un **âge avancé** spontanément ou à la suite d'un très léger effort, d'autres encore à la suite d'un traumatisme ou d'un violent effort. Le nombre des observations en est fort limité. BRAUN n'en a pu recueillir que 29 cas, en y comprenant ceux qui sont la conséquence de violences considérables; depuis lors on en a publié quelques cas nouveaux (WOLFF).

Un fait important au point de vue étiologique, c'est que les hernies non traumatiques s'observent tantôt à l'état congénital, tantôt à un âge plus ou moins avancé, et, dans ce dernier cas, surtout à la suite de la grossesse ou d'une diminution rapide du tissu adipeux des parois abdominales. Il est probable que c'est surtout le côlon qui constitue le contenu de la hernie lombaire. Le volume de la tumeur herniaire est très variable; on a vu des hernies lombaires, réductibles ou étranglées, atteindre les dimensions d'une tête d'enfant.

Les erreurs de diagnostic sont assez fréquentes. On devra prendre en considération les néoplasmes, les abcès par congestion, et se rappeler que les hernies lombaires étranglées peuvent simuler des abcès chauds. La possibilité d'erreurs de diagnostic nous est prouvée par un cas de BAZET auquel un malade, atteint de hernie lombaire, fut envoyé par un confrère pour qu'il l'opérât d'un lipome, de même que par le cas de DOLBEAU, dans lequel la hernie ayant été prise pour un abcès, l'incision donna issue à des matières fécales. Lorsqu'une tumeur située entre les dernières côtes et la crête iliaque est **réductible** avec gargouillement et qu'elle tend à sortir de nouveau dans la toux ou d'autres efforts d'expiration, le diagnostic, évidemment, ne saurait être douteux, et, en règle générale, il suffit pour se mettre à l'abri des causes d'erreur, de se rappeler qu'il existe des hernies de la région lombaire. Par contre il peut être déjà plus difficile de reconnaître la véritable nature de la tumeur lorsqu'il s'agit d'une hernie irréductible développée rapidement, mais l'hésitation cesse aussitôt si l'on voit alors survenir des symptômes d'étranglement.

Le taxis est, en général, couronné de succès, et l'on peut maintenir la hernie réduite au moyen d'une ceinture élastique ou d'une ceinture avec pelote et sous-cuisse. Dans un cas RAVATON pratiqua avec succès la herniotomie.

Il n'est guère possible, pour le moment, d'établir des règles précises de traitement, vu l'obscurité qui règne encore au sujet de la situation exacte de l'orifice herniaire, et les données encore très incertaines relatives à l'existence ou à l'absence d'un sac herniaire.

Hernie ombilicale (congénitale et acquise)

§ 139. — A la période fœtale, une grande partie des viscères sont situés hors de la cavité abdominale, dans laquelle ils rentrent peu à peu à mesure que les plaques ventrales arrivent en contact et se soudent sur la ligne médiane. La grande ouverture abdominale se ferme alors peu à peu, et n'est plus représentée finalement que par l'anneau ombilical qui livre passage aux vaisseaux ombilicaux destinés à s'oblitérer après la naissance. Lorsque l'ouverture ombilicale ne se ferme pas, et que des viscères restent à l'extérieur, dans un sac entouré par l'amnios et contenant, en outre, les vaisseaux du cordon et de la gélatine de Wharton, on désigne la hernie ainsi formée sous les noms de **hernie ombilicale congénitale**, de **hernie du cordon ombilical**, d'**omphalocèle**. Les viscères herniés sont donc, dans ce cas, contenus dans l'intérieur du cordon ombilical, qui à ce niveau n'a pas subi sa rétraction habituelle, et ils sont enveloppés par la membrane amniotique. Les formes excessives de cette anomalie de développement n'ont aucun intérêt chirurgical; en effet lorsque la hernie contient une grande partie des intestins et même le foie, l'enfant meurt en naissant ou succombe le plus souvent dans la suite par gangrène du sac et péritonite. Dans les hernies ombilicales moins considérables la cicatrisation peut s'opérer par voie de granulation à la suite de la gangrène du sac, et parfois même, grâce à la rétraction secondaire du tissu de granulation, il se forme un anneau ombilical, et la guérison de la hernie s'opère ainsi spontanément. Bien souvent, il est vrai, la cicatrice se laisse de nouveau distendre pour former une petite hernie contenant d'habitude une anse intestinale. Les hernies ombilicales de cette dernière catégorie, de même que celles qui sont d'emblée d'un petit volume, ont un intérêt pratique vu qu'elles peuvent guérir.

Ces hernies sont relativement rares. B. SCHMIDT estime leur fréquence à 1 pour 2000 enfants, et même, d'après d'autres statistiques, cette proportion serait encore trop élevée. Dans un nombre de cas relativement considérable on les observe sur des fœtus nés avant terme ou qui présentent d'autres vices de conformation.

Le volume et le contenu de la hernie sont très variables. Tantôt il s'agit presque d'une éviscération, tantôt, au contraire, la tumeur herniaire atteint seulement le volume d'une noix. L'intestin et le foie en forment le plus souvent le contenu; cependant on y rencontre également la rate, les reins, les ovaires et même le cœur (LINDFORS). Assez souvent ces organes sont adhérents au sac herniaire.

Le pronostic est mauvais, ce que l'on comprend aisément. On a calculé que la mortalité est d'environ 50 0/0 parmi les enfants atteints de hernie ombilicale congénitale. Le sac mince de la hernie peut se rompre ou se mortifier, et la péritonite en être la conséquence; dans des cas exceptionnels on a vu l'enfant succomber à une hémorragie provenant du foie; parfois aussi c'est une phlébite ombilicale qui a été la

cause de la mort. Habituellement l'enfant meurt peu de temps après la naissance.

Dans ces dernières années les chirurgiens prenant en considération le mauvais pronostic des hernies ombilicales, ont commencé à soumettre à des opérations radicales les enfants qui en sont affectés (FELSENREICH, KRUKENBERG, etc.). Mais il existe toujours un certain nombre de cas dans lesquels on est obligé de se contenter d'entourer la hernie d'une enveloppe protectrice, et plus tard, si l'enfant ne succombe pas, de tenter la compression de la tumeur (sparadrap).

§ 140. — Les **hernies ombilicales des enfants** se produisent lorsque l'anneau ombilical ne se ferme pas convenablement ou se dilate de nouveau après la naissance. On comprend facilement qu'à l'état normal l'anneau ombilical doit avec le temps se fermer à peu près complètement, puisque les organes qui pénètrent par cette ouverture, dans la cavité abdominale (ouraue, artère et veine ombilicale) s'oblitérent après la naissance. Un tissu conjonctif à fibres courtes diversement entrecroisées forme autour de ces conduits oblitérés une cloison dense et solide qui assure l'occlusion de l'anneau ombilical.

La peau de l'abdomen dans le voisinage de l'anneau ombilical est d'abord disposée en forme d'entonnoir dont le sommet se continue avec l'amnios qui enveloppe le cordon : plus tard, lorsque survient le sphacèle du reste du cordon, la peau se rétracte et se porte vers l'anneau en se plissant.

Lorsque l'anneau ombilical ne s'oblitére pas après la rétraction des tissus et la formation d'un ombilic, et que par l'orifice ainsi resté ouvert des viscères arrivent à l'extérieur après avoir refoulé la portion du péritoine pariétal qui tapisse la face interne de l'anneau, la hernie ainsi constituée est désignée sous le nom de **hernie ombilicale**. Assez souvent aussi un interstice de tissu conjonctif entourant les vaisseaux ombilicaux se dilate pour former un anneau herniaire, surtout chez les enfants qui crient beaucoup et sont amaigris et affaiblis par des diarrhées. L'orifice a une forme et des dimensions variables. Il peut affecter la forme d'une fente longitudinale ou transversale, ou bien une forme plus ou moins arrondie. Dans ce dernier cas le bord supérieur de l'ouverture est d'ordinaire particulièrement tranchant et saillant. Il est rare que l'orifice herniaire soit très grand, le plus souvent il laisse tout au plus pénétrer le bout du doigt ; ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il atteint l'étendue d'une pièce d'un franc et davantage. Comme la hernie ne contient le plus souvent qu'une anse d'intestin grêle, il est rare qu'elle atteigne de grandes dimensions. Sa forme arrondie et plate passe peu à peu à la forme ovoïde. Souvent, lorsque la tumeur herniaire fait une forte saillie sous les téguments abdominaux, elle offre tout à fait la forme du pénis. Dans presque tous les cas la réduction est facile, mais une fois réduite la hernie sort de nouveau avec une grande facilité. Les hernies ombili-

cales adhérentes ou étranglées ne s'observent, pour ainsi dire jamais, chez l'enfant.

Comme nous le verrons plus loin, l'application d'un bandage herniaire est déjà difficile chez l'adulte ; elle est presque impossible chez l'enfant, car ni la forme de l'abdomen, ni la mobilité des parois abdominales et le degré variable de réplétion de l'intestin, ne permettent de maintenir la hernie convenablement réduite par un appareil. Aussi, en général, se sert-on dans ce but, chez les enfants, de bandelettes de toile que l'on enduit d'une substance agglutinative qui les empêche de glisser (bandelettes de sparadrap). Ces pansements sont appliqués transversalement et plus ou moins en forme de ceinture. Plus les bandelettes sont longues de façon à comprendre une portion considérable de la circonférence de l'abdomen, et plus on a de garanties qu'elles maintiendront la hernie solidement et pendant longtemps. Beaucoup de chirurgiens, une fois la hernie réduite, appliquent sur l'anneau ombilical un objet aplati, par exemple une pièce de monnaie que l'on entoure d'une compresse, et que l'on fixe contre les parois abdominales au moyen de bandelettes de sparadrap. On a à peu près complètement abandonné les pelotes arrondies ou de forme conique, car elles ne sont certainement pas favorables à la guérison de la hernie par néotormation de tissu conjonctif et rétraction de l'anneau. Cependant, même avec ce dernier procédé, beaucoup de hernies ombilicales guérissent parfaitement ; le plus souvent, du reste, la guérison s'opère spontanément sans que l'on ait appliqué aucun pansement, car tandis que les hernies ombilicales sont très fréquentes chez les petits enfants, il est très rare qu'on les observe chez les individus plus âgés. Le procédé qui nous paraît le plus rationnel, est celui que l'on emploie à la clinique de ROSER ; il donne, en effet, de bons résultats dans les formes les plus graves de hernies du cordon ombilical, et il convient aussi parfaitement aux formes légères de hernies ombilicales. La tumeur herniaire ayant été réduite, on attire la peau de l'abdomen des deux côtés de façon que l'anneau ombilical se trouve situé au fond d'un repli longitudinal. On applique ensuite circulairement, autour de l'abdomen, plusieurs longues bandelettes de sparadrap, d'une largeur de deux doigts environ ; ces bandelettes se croisent sur le repli des téguments que l'on maintient avec la main, et leurs extrémités viennent se fixer sur la peau de la région du dos. Suivant la largeur de l'ouverture et la longueur que l'on a dû donner au repli des téguments, on aura, en outre, à sa disposition deux ou trois bandelettes plus larges ou même un plus grand nombre encore, qui sont appliquées de façon à alterner avec les bandelettes plus longues avec lesquelles elles sont imbriquées. Pour préserver le sparadrap des causes d'altération chez les petits enfants, on recouvre ce premier pansement d'une bande roulée. L'appareil peut rester en place pendant deux ou trois semaines ; au bout de ce temps on le renouvelle si on le juge nécessaire. Dans les cas d'étranglement qui