

avec DELAGENIÈRE, que si les opérations de hernie crurale étranglée nous confèrent des cures radicales stables, c'est que nos débridements larges atteignent en haut de l'arcade. Sur cette idée très rationnelle, DELAGENIÈRE a fondé un procédé dont les deux points fondamentaux sont : 1° d'inciser l'arcade en haut ; 2° de l'affaisser, de la suturer au ligament de Cooper et au périoste de la branche horizontale du pubis.

ARTICLE III

HERNIES OMBILICALES

Définition et classifications. — La région ombilicale est le siège de trois variétés de hernies, apparaissant à trois périodes différentes de la vie et relevant de conditions pathogéniques dissemblables : 1° *hernies de la naissance* ; 2° *hernies de l'enfance* ; 3° *hernies de l'âge adulte*.

On peut ainsi résumer ces trois formes :

1° Pendant la vie intra-utérine, la *formation des parois ventrales* (période embryonnaire) ou la *constitution de l'ombilie* (période fœtale) peuvent subir un arrêt ou un retard de développement. Il en résulte qu'une portion, plus ou moins considérable, du tube digestif se trouve *située en dehors de la cavité ventrale* ou *engagée dans le pédicule du cordon* : ce qui, à proprement parler, est *plutôt une malformation qu'une hernie* ;

2° Chez le jeune enfant, le travail d'*oblitération cicatricielle de l'ouverture ombilicale*, qui suit la chute du cordon, peut être *incomplet* et *tardif* : ce qui permet aux viscères de s'engager dans l'anneau partiellement perméable, *hernie infantile* ;

3° Chez l'adulte, chez la femme surtout, le plus souvent sans aucun antécédent de hernie infantile, les viscères peuvent sortir par l'anneau ombilical distendu ; et cette distension tardive est due à l'affaiblissement des couches musculo-aponévrotiques (accouchements), à la ptose viscérale, surtout à la surcharge graisseuse de la paroi.

I. — HERNIES OMBILICALES DE LA NAISSANCE : EXOMPHALES CONGÉNITALES

On voit des enfants venir au monde, porteurs d'une tumeur placée au niveau du pédicule ombilical du cordon et comprise dans sa base. Tantôt il s'agit d'une tumeur de petit ou moyen volume, généralement réductible, totalement ou partiellement transparente. Tantôt la tumeur est très volumineuse, contenant le foie et la partie la plus considérable de l'intestin grêle, s'accompagnant d'une large lacune dans la paroi abdominale, éversion plutôt que hernie.

Pathogénie. — Dans les premiers temps de la vie intra-utérine, et *jusqu'au troisième mois*, les parois de l'abdomen sont incomplètes. L'embryon, s'incurvant sur lui-même dans le sens transversal et longitudinal, s'accôle, par son ventre, tel un bateau incomplètement ponté et renversé, à la partie extra-embryonnaire de la vésicule blastodermique, qui prend le nom de *vésicule ombilicale* et qui communique avec l'intestin embryonnaire, par le *canal vitellin*, largement ouvert pendant le premier mois. Le *diverticule de Meckel* est un vestige de ce canal, persistant chez le fœtus ou chez l'adulte, et l'anse grêle sur laquelle il s'insère s'appelle *anse vitelline*.

Donc, aux phases initiales du développement, la face ventrale de l'embryon représente une gouttière largement ouverte en avant. Peu à peu, les bords de cette gouttière convergent vers la ligne médiane en un pédicule progressivement rétréci, de manière à circonscrire de plus en plus l'ouverture ombilicale, *ombilie cutané*.

Le cordon s'implante sur ce point. C'est d'abord une gaine très ample, recouverte par l'amnios, par où passent deux pédicules : celui de la vésicule ombilicale et celui de la vésicule allantoïdienne, formée à partir de la troisième semaine. — De sorte qu'à ce moment une section de ce pédicule montrerait : 1° l'ombilie cutané ; 2° la coupe transversale du canal vitellin, dite *ombilie intestinal*, séparée de l'orifice précédent par un espace annulaire qui reste plus large et plus longtemps per-

méable au niveau du bord supérieur de l'ombilic cutané : 3° en bas, une fente étroite répondant au pédicule allantoïdien qui, au contraire, se soude plus précocement au bord inférieur de l'orifice ombilical.

Le défaut d'involution des deux pédicules *vitellin* et *allantoïdien* et la persistance de leur trajet canaliculé à travers l'ombilic expliquent la formation à ce niveau, de fistules de deux sortes : 1° *intestinales*, occupant le diverticule de MECKEL, vestige persistant du conduit vitellin ; 2° *urinaires*, siégeant au pédicule perméable de l'allantoïde.

Par les progrès du développement, l'ombilic intestinal se resserre et l'ombilic cutané se rétrécit. La base du pédicule du cordon se referme donc au-devant des viscères par l'accroissement vers la ligne médiane antérieure d'une membrane de réunion — *membrane primitive de Rathke, membrana reuniens inferior* — dans la substance de laquelle pénètrent d'avant en arrière les prolongements latéraux émis par les vertèbres primitives, lui apportant les éléments nécessaires à sa transformation progressive en paroi ventrale définitive.

A la fin du troisième mois de la vie intra-utérine, l'ombilic est constitué : la membrane de RATHKE a achevé son évolution ; sa lame interne s'est transformée en derme et en séreuse, pendant que l'externe forme l'épiderme et ses dépendances. Dès lors, il se forme au-devant des viscères un sac péritonéal.

Sur ce caractère — *absence ou présence du péritoine en avant d'une exomphale congénitale* — DUPLAY, dans sa thèse de concours en 1866, a fondé une division de ces hernies en deux variétés : 1° *Celles de la période embryonnaire dont l'enveloppe immédiate est constituée par la paroi ventrale primitive* ; 2° *celles de la période fatale (après le troisième mois) qui présentent un véritable sac formé par un diverticule péritonéal*. — Cette distinction, contestée par les étrangers et particulièrement par LINDFORS, mérite d'être maintenue : comme le montrent les faits récents de BERGER, il est acquis que, dans les hernies ombilicales embryonnaires, la membrane d'enveloppe profonde, qui se continue avec le péritoine pour tapisser la cavité herniaire, se différencie par son absence de vascularité, par ses caractères de membrane amor-

phie et transparente tout à fait distincts de ceux du péritoine fœtal.

Anatomie pathologique. — Ces notions sur le développement de la paroi abdominale font comprendre les caractères anatomiques des deux variétés, *embryonnaire* et *fatale*.

1° **HERNIES EMBRYONNAIRES.** — Jusqu'au commencement du troisième mois, l'ombilic n'étant pas constitué, une portion de l'appareil digestif se trouve située en dehors de la cavité ventrale et renfermée dans la gaine très large du cordon. Si, à une phase plus ou moins précoce de cette période, la paroi ventrale subit un arrêt de développement, ce défaut de formation se produira sur les mêmes limites, pour toutes les couches de la paroi ; car, selon la remarque de DUPLAY, ces couches se forment parallèlement et par une égale progression vers la ligne médiane antérieure. Il en résulte que, sur une étendue variable selon l'époque de cette évolution incomplète, la paroi abdominale au lieu d'être doublée de ses couches musculo-aponévrotiques et de sa lame séreuse, demeure à l'état de « ventre membraneux », de membrane primitive de RATHKE, revêtue extérieurement par l'amnios.

Donc, deux caractères essentiels en découlent : 1° Il n'y a point là une hernie véritable, mais plutôt une ectopie viscérale, car il n'y a pas eu sortie des viscères, attendu que ceux-ci n'ont jamais été contenus dans le ventre ; 2° Les enveloppes qui constituent le sac de semblables ectopies, au niveau de la lacune créée par la formation avortée de la paroi, restent ce qu'elles étaient au début : extérieurement l'amnios, à l'intérieur la membrane de RATHKE. La membrane superficielle se continue d'une part avec la gaine amniotique du cordon, de l'autre avec les téguments, au niveau du pédicule, en présentant une démarcation nette entre le revêtement amniotique lisse et sans organisation et le caractère cutané de la collerette péripédiculaire. La membrane profonde est friable, dépourvue de vaisseaux, d'un aspect identique à celui de l'amnios, amorphe, bien distincte du péritoine vasculaire et rouge avec lequel elle se continue au niveau du collet de la hernie. — Entre ces deux enveloppes se trouve une couche de ce tissu spécial interposé aux éléments du cor-

don qui porte le nom de gélatine de Wharton ; leur minceur donne à cette espèce de hernies un caractère particulier, la transparence *totale* ou *partielle* : on voit au-dessous d'elles glisser les anses intestinales.

Dans les cas extrêmes, la paroi abdominale permanente manque presque entièrement et, réduite à une membrane transparente, laisse voir au dehors une portion considérable de la masse intestinale et du foie : ce sont des monstruosités, sans survie possible. Les seules formes qui intéressent le chirurgien sont celles qui restent passibles d'une cure opératoire.

Lorsque la tumeur est limitée à la base du cordon, son contenu est en général formé par la *portion d'intestin grêle* appartenant à la fin de l'iléon, *accompagnée parfois par le cæcum*. — Il est rare que la hernie ne contienne que le diverticule de MECKEL, dilaté en ampoule : *omphalocèle diverticulaire*. Ordinairement, quand ce diverticule, vestige du pédicule de la vésicule ombilicale, persiste dans une hernie embryonnaire, il ne se traduit que par une fistule, en général consécutive à son ouverture par la ligature ou l'élimination spontanée du cordon. — La persistance du pédicule de la vésicule allantoïde se traduit, soit par la formation d'une poche renflée urinaire au contact de la hernie, comme s'il s'agissait d'une vessie en bissac — *omphalocèle urinaire*, — soit par l'apparition d'une fistule communiquant avec l'ouraqué perméable.

2° **HERNIES FOETALES.** — SCARPA a fait remarquer que si l'on refoule d'arrière en avant, chez un fœtus de plus de quatre mois, la cicatrice ombilicale, avec le doigt introduit dans l'abdomen, 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 la forme d'un infundibulum.

Donc, dans le sein de la mère, et après que l'ombilic a été constitué, une *hernie vraie*, bien distincte de l'ectopie embryonnaire, peut se produire par déplacement d'une anse intestinale, poussée à travers l'ombilic par une compression ou une attitude vicieuse du fœtus, et refoulant devant elle un *diverticule péritonéal*, véritable *sac herniaire*. — Ce sac péritonéal, *caractéristique de la*

hernie fœtale, est recouvert, comme enveloppe externe, d'une couche de gélatine de WHARTON et de la gaine amniotique du cordon, au milieu des éléments duquel la hernie fait issue.

Cette hernie, *constituée simplement en général par une petite anse intestinale*, se fait par un *point faible*, constant, de l'orifice ombilical, qui *répond à la demi-circonférence supérieure* de cette ouverture : en effet, tandis que les éléments embryonnaires qui comblent l'espace autour des artères et de l'ouraqué évoluent rapidement vers un tissu fibreux occlusif, cette formation conjonctive est en retard autour de la veine, et au niveau du contour supérieur de l'ombilic.

Signes et diagnostic. — L'implantation du cordon à la région ombilicale est occupée par une tumeur arrondie ou piriforme, totalement ou partiellement transparente, placée tantôt au centre du cordon dont les trois vaisseaux s'écartent pour lui donner une forme lobée, tantôt sur un des côtés de ce cordon, dont les éléments restent alors groupés et sont rejetés latéralement. Vers son pédicule, l'enveloppe amniotique du cordon se continue avec les téguments.

La tumeur est parfois petite, du volume d'une bille, ou d'une noix, contenue dans le cordon et rattachée à l'ombilic dilaté par un pédicule plus ou moins net ; elle atteint quelquefois les dimensions d'un œuf de poule, ou dépasse ce volume et contient alors le foie ou le cæcum avec les anses grêles. Les petites hernies fœtales sont généralement réductibles. Les volumineuses exomphales embryonnaires sont irréductibles en totalité ou en partie, soit en raison du volume des parties ectopiées (foie), soit à cause d'adhérences qui sont *originelles* et tiennent à ce que le viscère prend insertion sur la paroi elle-même.

Une hernie petite, occupant la base du cordon, est exposée à passer inaperçue à la naissance et à être comprise dans la ligature. C'est dans ces conditions que l'on observe, à la chute du cordon, des fistules stercorales : la bénignité habituelle de leurs suites, leur curabilité spontanée, permettent d'établir que la ligature ne porte point alors sur une anse intestinale (anse vitelline), mais sur le diverticule, dont on doit soupçonner la présence quand le cordon a une épaisseur anormale ou quand

la pression sur sa base détermine une sensation de gargouillement. — Un point important à déterminer est de savoir si l'exomphale est réductible ou irréductible. L'irréductibilité due à la présence du foie se reconnaîtra parfois à la coloration brune de l'organe transparaissant sous les parois, à la matité, à l'impossibilité de plisser le sac (GOSSELIN), à l'insertion du cordon à gauche de la tumeur.

Marche et pronostic. — Dans les hernies embryonnaires volumineuses, il arrive souvent qu'au moment où a lieu la chute du cordon et de la membrane amniotique, le péritoine s'ouvre et s'infecte : l'enfant succombe. DEBOU a montré la possibilité d'une guérison spontanée : le cordon peut tomber seul sans entraîner l'enveloppe profonde, formant sac herniaire ; la surface externe de cette dernière se couvre de bourgeons charnus dont la cicatrisation centripète, attirant vers la ligne médiane les téguments des bords, recouvre d'un épiderme mince le centre de la région ombilicale, encore soulevé par une saillie répondant à l'insuffisant développement des parois.

Traitement. — Inciser les enveloppes ; libérer et réduire les viscères adhérents ; exciser les membranes amniotique et interne qui revêtent la hernie et réunir les bords par une suture méthodique plan par plan, portant sur le péritoine d'abord, puis sur l'aponévrose, enfin sur la gaine des droits : voilà une intervention qui a été tentée, dans l'époque contemporaine, 32 fois avec 26 guérisons, selon BERGER. — Les volumineuses éventrations de la période embryonnaire restent en général des monstruosité au-dessus de nos ressources : nous avons eu, pour une exomphale plus grosse que les deux poings, une mort par shock dans les premières heures.

II. — HERNIE OMBILICALE DES ENFANTS

Pathogénie. — Après la naissance et consécutivement à la chute du cordon, l'anneau ombilical se resserre de plus en plus et les éléments intra-abdominaux du cordon contractent, avec le contour fibreux de cette ouverture, des adhérences qui deviennent surtout solides à la partie inférieure de l'anneau, du

côté des artères ombilicales et de l'ouraque, tandis que dans le quart supérieur, environ, la veine ombilicale reste plus faiblement unie à l'arcade aponévrotique. Il en résulte que la *hernie infantile se fait généralement par la partie supérieure du cercle ombilical*, puisqu'en ce point la cicatrice reste plus longtemps dépressible.

Ces phénomènes de resserrement de l'anneau, d'adhérence des vaisseaux et de l'ouraque, d'organisation fibreuse du tissu embryonnaire qui les entoure, étudiés par ROBIN et HERZOG, mettent, pour aboutir à la cicatrice ombilicale définitive, un temps évalué à huit ou douze semaines par BÉRARD, GOSSELIN et DUPLAY, à trois ou quatre mois par RICHET.

Or, ce processus d'oblitération cicatricielle peut être anormalement retardé ou entravé par les cris de l'enfant qui poussent les viscères vers le point faible de l'orifice, distendent le tissu conjonctif encore mou aux dépens duquel s'organisent les adhérences, et finissent par refouler le péritoine à travers la moitié supérieure de l'anneau. Il est à noter que la hernie apparaît, presque toujours, avant le sixième (GOSSELIN) et même avant le quatrième mois (BÉRARD). Avec BERGER et BROCA, nous pensons que le début dans le premier mois est très fréquent ; les hernies tardives, apparaissant de un à deux ans, ou même à la fin de la première enfance, répondent probablement à l'accroissement rapide d'une hernie préexistante, mais peu perceptible jusqu'alors. La race nègre y est prédisposée, ce qui tient au défaut de soins donnés au cordon. Les efforts, les cris, la toux, les vomissements sont les causes efficientes.

Anatomie pathologique. — La hernie des nouveau-nés est pourvue d'un sac péritonéal, constant, mais très mince parce

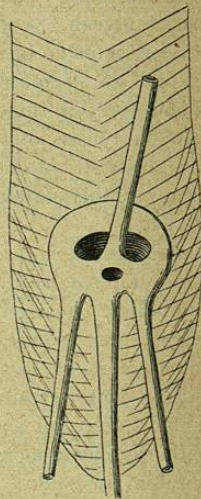


Fig. 140.
L'anneau ombilical vu par la face postérieure.

qu'il se forme par *distension*, et non par *glissement* de la séreuse. Ce sac séreux est immédiatement enveloppé, par la peau, souvent adhérente dans le sommet de la tumeur. Le contenu est ordinairement l'intestin grêle, quelquefois le côlon transverse, exceptionnellement le cæcum; l'épiploon, à peine développé à cet âge, manque nécessairement.

Symptômes. — Cette hernie reste habituellement peu volumineuse, grosse comme une bille, une noisette, rarement un œuf de pigeon. Sa forme, ronde, devient cylindroïde lorsque la tumeur grossit. La surface présente, soit en son centre, soit en bas, un stigmate blanc répondant à la cicatrice ombilicale dépliée. La tumeur augmente et se tend lorsque l'enfant crie ou tousse, diminue ou disparaît lorsqu'il est sur le dos. Il faut savoir que l'ombilie du jeune enfant forme, pendant le premier mois, une saillie qu'on ne doit point prendre pour une hernie.

Pronostic. — La tendance à la guérison spontanée est la règle. Le resserrement de l'anneau ombilical et le travail d'adhésion cicatricielle, empêchés par l'issue de la hernie, suivent leur évolution normale lorsque la hernie est rentrée, ou simplement lorsqu'elle est molle ou dépressible : ce qui explique que certains de ces petits malades guérissent même sans bandage ou avec un appareil insuffisamment contentif. Mais ces cures spontanées sont parfois instables : le nombril demeure distendu, avec une dépression péritonéale capable d'amorcer ultérieurement une hernie chez l'adulte.

Traitement. — Le bandage le plus simple est une boule d'ouate maintenue par une bande de diachylon. Un appareil commode se compose d'une ceinture élastique, avec pelote hémisphérique en caoutchouc. Si ces moyens contentifs échouent et si la hernie grossit, une opération devient légitime; nous l'avons pratiquée plusieurs fois avec succès : une incision circulaire circonscrit la base de la tumeur; et l'on procède, comme chez l'adulte, à une omphaléctomie avec suture méthodique du péritoine, de la gaine des droits et de la peau.

III. — HERNIE OMBILICALE DES ADULTES

Anatomie pathologique. — 1° **TRAJET DE LA HERNIE.** — La hernie de l'adulte se fait-elle *par l'anneau ombilical* ou bien *par un orifice de la ligne blanche* voisin, mais distinct de cet anneau? — J.-L. PETIT, RICHTER et SCARPA ont soutenu cette dernière opinion qui, basée sur l'examen symptomatique, a été réfutée par les recherches anatomiques. Depuis les dissections d'A. COOPER et les travaux de MALGAIGNE, il est établi que la *hernie passe dans la majorité des cas à travers l'ouverture ombilicale*. Ce qui induit en erreur, c'est que le centre de la tumeur répond rarement au centre exact de l'ombilie, au noyau froncé qui représente cette cicatrice : en raison des adhérences des vaisseaux et de l'ouraque, surtout solides au niveau de la demi-circonférence inférieure de l'anneau aponévrotique, la cicatrice cède plutôt en haut *au-dessous de l'arcade supérieure de l'anneau*; l'ombilie correspond donc ordinairement à la partie inférieure de la tumeur.

Pour se porter à l'extérieur, les *viscères suivent-ils*, selon l'opinion de RICHET, *un trajet normal préexistant* (analogue au trajet inguinal) en s'engageant dans le *canal ombilical* (que limitent en avant la ligne blanche, en arrière le fascia umbilicalis (fig. 141), de chaque côté les adhérences de cette lame à la gaine des droits) pour faire hernie par son orifice superficiel correspondant précisément au quart supérieur de l'anneau? — En règle générale, confirmée par la majorité des interventions de cure radicale, la hernie ombilicale de l'adulte est une *hernie directe*, passant à travers l'anneau et produite par la distension progressive de cet orifice. Un trou dans l'aponévrose de la ligne blanche, clos en dedans par le péritoine, revêtu en dehors par la peau : tel est le schéma de l'ombilie chez l'adulte; dans ces conditions, la hernie ne parcourt pas un trajet pariétal. Mais, malgré les dissections contradictoires de RICHARD et d'HUGO SACHS, il est, comme le pense JABOULAY, des *hernies indirectes*, dues à une disposition congénitale, cheminant dans le canal ombilical de RICHET. Enfin, des dissections

irrécusables établissent l'existence de *hernies adombilicales* qui s'engagent, selon la théorie de J.-L. PETIT, dans une éraillure de la ligne blanche, au voisinage de l'ombilic.

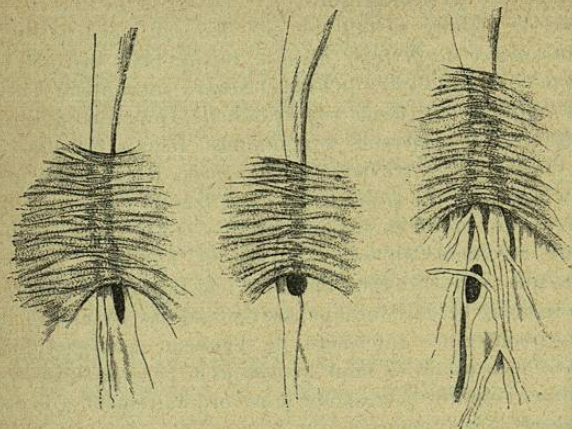


Fig. 141.

Le fascia umbilicalis sous ses trois formes (d'après SACS).

2° ENVELOPPES. — Elles sont formées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané souvent chargé de graisse, et par un *sac péritonéal* qui a comme caractère assez constant une *minceur et une ténuité considérables* : cela tient à un fait très important, *l'adhérence du péritoine au pourtour de l'anneau fibreux* ; d'où il résulte que le sac se développe par la *distension* de la séreuse et non par son *glissement*.

3° PARTIES CONTENUES. — Ce qui différencie la hernie de l'adulte de celle des deux premiers âges, c'est la présence de l'épiploon. Ce dernier subit dans les hernies volumineuses et anciennes de grandes altérations : il s'épaissit en grosses masses ; il devient largement adhérent, ce qui expose le sujet à des occlusions intestinales dans le sac, par engagement de l'intestin sous une bride ou dans un orifice accidentel.

Symptômes. Évolution. — On rencontre cette hernie chez

la femme surtout et chez des sujets obèses. CHAMPIONNIÈRE a bien mis en relief le rôle de l'obésité dans l'apparition de la hernie ombilicale : la graisse, chez le sujet vivant, à la température du corps, est presque liquide ; elle transmet intégralement la pression abdominale et force l'orifice ombilical. La hernie une fois produite chez l'adulte, suit un développement à peu près fatal ; car elle grossit d'autant plus que le sujet engraisse davantage et l'obésité est d'autant plus grande que l'invalidité due à la hernie s'accroît.

La tumeur siège au niveau de la cicatrice, dépliée ou déplacée en bas généralement. La palpation d'une hernie petite, profondément enfouie dans la graisse sous-cutanée, est parfois difficile : il faut saisir largement et relever la peau de la région ombilicale pour la détacher des plans profonds. — L'entéro-épiplocèle, avec masses épiploïques prépondérantes, est la forme ordinaire : la matité, le froissement des lobules graisseux (signe bien douteux), l'absence de réduction caractérisent l'épiploon adhérent.

Accidents. — « Avec la hernie ombilicale de gros et même de moyen volume on observe, nous dit CHAMPIONNIÈRE, une proportion considérable de glycosuriques et d'albuminuriques ; les emphysémateux toussent sont sujets à des complications pulmonaires qui constituent le plus sérieux obstacle à l'opération. »

Les grosses hernies ombilicales, incoercibles surtout chez les femmes grasses dont le ventre tombe « en tablier » deviennent irréductibles, par adhérences épiploïques. De là, des sensations de pesanteur, des coliques, des accès douloureux avec nausées, et vomissements, pendant lesquels la hernie devient plus tendue, sensible à la pression, empâtée par œdème des téguments, en même temps que se supprime le passage des matières et des gaz par l'anus ; on dirait d'un étranglement et cependant, par le repos et après un purgatif et l'application de glace sur le ventre ces symptômes peuvent tourner court. C'est le tableau de l'*engouement* par coprostase. Le diagnostic différentiel entre ces accidents et l'étranglement vrai était autrefois un débat classique : actuellement, dans l'une ou l'autre hypothèse on opère.

Traitement. — BANDAGES. — Une hernie réductible, de

moyen volume peut être maintenue par une pelote ronde et large que supportent deux ressorts latéraux mobiles. — L'appareil à ressorts de DOLBEAU convient aux volumineuses hernies ombilicales des femmes grasses. — Les hernies incoercibles et irréductibles sont tenues par des plaques concaves rembourrées ou par de vrais suspensoirs fixés à des bretelles.

2° CURE OPÉRATOIRE. — En raison du développement progressif de la hernie ombilicale de l'adulte, des accidents d'engouement ou d'étranglement auxquels elle expose, de la déchéance organique qu'elle entraîne (albuminurie, glycosurie, complications pulmonaires), la cure radicale précoce est une excellente intervention.

Les conditions opératoires sont ici comme partout : *destruction et pédiculisation élevée du sac : constitution d'une cicatrice pariétale épaisse et résistante.* — Après incision cutanée verticale ou elliptique sur la tumeur, on incise le sac, on libère l'épiploon adhérent par gros paquets, on dissèque le sac jusqu'à sa réflexion sur la paroi. Comme il est malaisé, pour poursuivre la pédiculisation haute du sac, de décoller la séreuse adhérente au niveau du collet à la fibreuse sous-jacente, on enlève une bande plus ou moins large de ce contour fibreux : ce qui s'appelle l'*omphaléctomie*. Cette excision de l'anneau ombilical permet d'une part, de détruire à distance le plan glissant péritonéal, d'autre part d'affronter sur les parties latérales, non une ligne, mais toute l'épaisseur de la paroi abdominale (CHAMPIONNIÈRE, SOCIN, TERRIER, CONDAMIN, QUÉNU). C'est le principe des sutures de laparotomie, par plans exactement conjoints : péritoine d'abord ; feuillet postérieur de la gaine des droits ; corps musculaires des droits ; feuillet antérieur de leur gaine ; peau.

ARTICLE IV

HERNIE ÉPIGASTRIQUE; HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE

Définition. — La hernie épigastrique est celle qui se développe à travers une éraillure de la ligne blanche, à une certaine distance au-dessus de l'ombilic.

Anatomie pathologique. — Les éléments suivants la constituent : 1° sous la peau on trouve un paquet de graisse sous-péritonale, qui, à travers l'orifice fibreux de la ligne blanche, se continue avec une masse jaune de tissu cellulo-graisseux, sous-cutané entourant le pédicule herniaire; 2° au-dessous de ce paquet adipeux, un diverticule péritonéal, un cul-de-sac

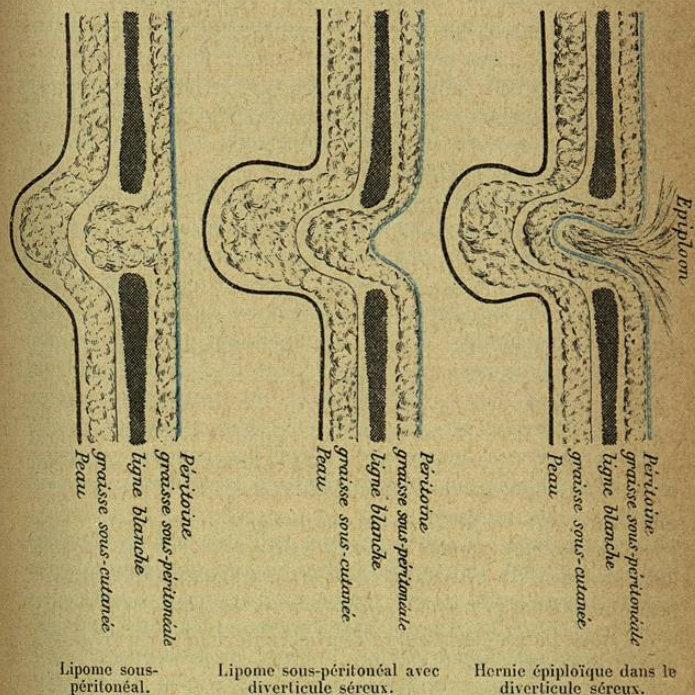


Fig. 142.

Schéma montrant trois types de la hernie épigastrique.

séreux plus ou moins entraîné en dehors, où il est rare de trouver l'intestin, exceptionnel de rencontrer l'estomac et où descend ordinairement de l'épiploon, qui devient adhérent et