

On a aussi discuté sur l'existence d'un *sac* dans la hernie ombilicale : Dionis, Garangeot, J.-L. Petit, Lafaye, Sharp, en ont nié l'existence. Cette assertion est erronée. Il faut remarquer que le péritoine est très-adhérent aux bords de l'anneau ombilical, et que par le fait de cette disposition, il n'est pas aussi facilement déplacé par les viscères que dans les autres espèces de hernies. Le péritoine ne glisse pas sur le contour de l'anneau pour former le sac herniaire ; il est distendu et aminci par la pression des viscères. De plus, il contracte rapidement des adhérences avec la peau qui recouvre la tumeur. Il résulte de cette disposition que, dans les hernies anciennes et surtout volumineuses, on ne rencontre qu'une seule enveloppe formée par le péritoine et la peau unis ensemble. Dans les hernies récentes et d'un petit volume, le péritoine est au contraire bien distinct de la peau ; ces deux membranes sont même séparées l'une de l'autre par deux couches, l'une appartenant au *fascia superficialis*, l'autre au *fascia transversalis*. Parfois la face externe du sac est doublée d'une couche graisseuse ; dans d'autres cas, la graisse est à la face interne du sac. La cavité du sac ne renferme que très-rarement de la sérosité. D'après P. Bérard, le collet du sac est arrondi dans la hernie ombilicale proprement dite, c'est-à-dire quand le péritoine s'échappe par l'anneau ombilical ; ce dernier devient dur, en quelque sorte calleux dans les hernies anciennes. Lorsque la hernie se fait par une éraillure de la ligne blanche, le collet a une forme ovulaire. Vidal (de Cassis) admet au contraire que les ouvertures aponévrotiques qui laissent passer les hernies ombilicales et *adombilicales* sont d'abord ovalaires et plus tard tout à fait circulaires. Le sac de la hernie ombilicale est parfois multiloculaire (voy. *Symptômes*).

Les viscères qu'on rencontre le plus communément dans la hernie sont : l'épiploon, ou une portion d'intestin, quelquefois les deux organes simultanément, et alors l'épiploon est placé au-devant de l'intestin. Lorsqu'on rencontre une disposition inverse, cela peut tenir à ce que l'intestin a traversé l'épiploon. Quelquefois l'épiploon est roulé sur lui-même. Il ne faut pas croire, avec quelques pathologistes, que l'épiploon se trouve constamment dans la hernie ombilicale ; Arnaud, J.-L. Petit, Lawrence, ont vu des omphalocèles dépourvues de ce repli.

On a encore rencontré dans les hernies ombilicales une portion du côlon, le cœcum, une partie de l'estomac ; Jobert y a vu une partie du duodenum. Lorsque la hernie est ancienne, les viscères contractent des adhérences entre eux ou avec le sac ; ce dernier s'amincit ; il en est de même de la peau. Très-rarement le sac s'épaissit. L'épiploon devient plus volumineux et plus dense ; il forme des tumeurs pédiculées à un ou plusieurs lobes, ou bien encore des brides ; la pression que cet organe exerce sur le sac peut déterminer à la longue la résorption ou la perforation de ce dernier.

**Symptômes.** Indépendamment des symptômes communs à toutes les hernies et à la hernie ombilicale, il existe quelques particularités propres à cette dernière. Le *volume* en est variable ; ainsi il est des hernies ombilicales tellement petites, qu'on a de la peine à reconnaître la tumeur par la

palpation ; par contre, on a signalé de ces mêmes hernies descendant jusqu'aux cuisses. La *forme* en est rarement arrondie ; la cicatrice ombilicale correspond plus souvent aux côtés qu'au centre de la tumeur. Chez les sujets maigres, la hernie est piriforme et parfois même fortement pédiculée. Dans d'autres cas, la tumeur est divisée en deux ou en plusieurs lobes, ce qui lui donne parfois l'apparence d'un melon. On a expliqué cette conformation par la présence des vaisseaux ombilicaux qui déprimeraient le sac à l'endroit où ils passent sur ce dernier. Malgaigne n'a pas admis cette interprétation ; il attribue les sillons de la tumeur, à des tractus fibreux dépendant du *fascia superficialis*, et empêchant le sac herniaire de se développer librement dans toute son étendue, c'est-à-dire bridant en quelques places la surface extérieure du sac, au point de diviser parfois ce dernier en plusieurs loges.

Les troubles fonctionnels inhérents à toute espèce de hernie, tiraillements d'estomac, borborygmes, coliques, éructations, etc., sont plus marqués dans la hernie ombilicale que dans les autres espèces de hernies.

**Diagnostic.** Il est en général facile, à moins que la hernie ne soit très-petite et qu'elle se développe chez un sujet ayant beaucoup d'embonpoint. L'amincissement de l'enveloppe de la tumeur, dans les hernies ombilicales volumineuses, permet de déterminer par la palpation et quelquefois par *la vue* le genre de viscères contenus dans la poche. Boyer rapporte que, chez une femme de soixante ans, la peau qui recouvrait la hernie ombilicale était si mince, qu'on *distinguaît très-bien, à travers le tégument, les circonvolutions intestinales* contenues dans la tumeur.

Peut-on distinguer les hernies *ombilicales* des hernies *adombilicales*, c'est-à-dire les hernies sortant par l'anneau ombilical de celles qui sortent par un point voisin de la ligne blanche ? Nous avons mentionné plus haut les variétés de situation de la cicatrice par rapport à la tumeur ; il n'est donc pas possible de fonder sur ce caractère un diagnostic différentiel, et d'admettre que lorsque la cicatrice est au centre de la hernie, celle-ci est ombilicale. D'après Richter, l'anneau ombilical est rond, la fente de la ligne blanche est allongée ; les bords de l'anneau ombilical sont plus fermes que les bords de la fente de la ligne blanche. Il suffirait donc, après avoir réduit les viscères, de chercher à reconnaître la forme de l'anneau par lequel les viscères se sont échappés. Cette opinion ne s'accorde pas avec celle de Vidal exprimée plus haut.

**Pronostic.** Il est plus grave que pour la hernie ombilicale des enfants, parce qu'il y a peu d'espoir d'une guérison radicale chez l'adulte. Les chances de guérison définitive sont surtout peu grandes pour les hernies *adombilicales*. Rappelons que les hernies ombilicales de l'adulte causent plus de troubles fonctionnels que les autres espèces de hernies ; les sujets qui ne portent pas de bandage se plaignent de faiblesse et d'affaissement. C'est alors aussi que ces hernies acquièrent parfois un volume considérable : Stalpart van der Wiel a observé une femme chez laquelle la tumeur tombait sur les cuisses ; A. Cooper a vu une hernie qui avait 20 pouces anglais de long sur 17 de large. En augmentant de volume, la peau

s'amincit, et il est possible que les enveloppes de la tumeur se déchirent pendant un effort et laissent échapper les viscères, ainsi que l'a constaté Boyer. Il arrive souvent que, pendant la grossesse, la hernie prend un nouvel accroissement de volume et devient irréductible.

**Accidents.** Il n'est pas rare que des *corps étrangers* s'arrêtent dans l'intestin et perforent même ce viscère; cela est dû à l'étroitesse relative du collet du sac. Boismortier a retiré d'une exomphale un épi d'orge, qui avait perforé l'intestin; Scarpa a observé l'issue spontanée de vers lombrics par une hernie ombilicale enflammée; Amyand et Greenhill, des noyaux de fruits.

L'*irréductibilité* des hernies ombilicales est la conséquence d'adhérences de l'épiploon avec le sac et les autres organes déplacés, ou bien encore d'une hypertrophie de l'épiploon.

L'*engouement* est un accident fréquent dans les hernies ombilicales des adultes; il est favorisé par la présence de corps étrangers dans l'intestin hernié.

L'*étranglement* vrai est au contraire moins commun que dans les autres espèces de hernies; sous ce rapport, Pott, Richter, Scarpa, sont d'accord. Mais tandis que le dernier admet que la marche de l'étranglement est rapide, Richter avance avec raison que l'accident a une certaine durée avant que la gangrène arrive. A. Cooper a signalé la prompte mortification de la peau qui recouvre la hernie étranglée, lorsque celle-ci est volumineuse. P. Bérard a vu, dans une omphalocèle étranglée, l'épiploon fondu en un liquide de consistance huileuse. L'étranglement vrai est très-rarement occasionné par le collet du sac; il est généralement produit par l'anneau aponévrotique; quelquefois par l'épiploon épaissi et comprimant l'intestin; ou bien encore par le passage de l'intestin à travers une perforation de l'épiploon; A. Cooper l'a observé à la suite d'une perforation du sac herniaire. Dans tous les cas, l'étranglement est un accident grave, parce que l'opération de la hernie ombilicale étranglée réussit rarement, et qu'en cas de gangrène de l'intestin, l'anus contre nature consécutif ne guérit pas, le péritoine de la région ne se prêtant pas, comme dans la hernie inguinale et crurale, à la formation de l'entonnoir membraneux (p. 667). Il sera question plus loin (p. 717) du débridement de la hernie ombilicale étranglée.

**Causes.** Il y a un fait sur lequel on semble bien d'accord, c'est que les hernies ombilicales sont plus communes chez la femme que chez l'homme. Sur 71 hernies de ce genre, Scemmering en signale 54 chez la femme, 17 chez l'homme. La société des bandagistes de Londres compte, sur 344 hernies ombilicales, 315 femmes et 29 hommes. L'inégalité de fréquence des hernies ombilicales dans les deux sexes s'explique par les grossesses qui, en distendant la paroi abdominale, affaiblissent la force de résistance de cette paroi et dilatent ou éraillent l'anneau ombilical.

Les hernies ombilicales, abstraction faite du sexe, sont moins communes que les inguinales et les crurales. Ainsi Monnikhoff, sur un total de 2 000 hernies de tous genres, compte seulement 71 hernies ombilicales. Camper trouve 10 exomphales sur 1968 hernieux de la ville d'Amsterdam.

La société des bandagistes de Londres a donné une statistique portant sur un chiffre bien plus élevé : sur 4 599 hernies observées dans la capitale de l'Angleterre, elle a compte 6 262 hernies inguinales, 770 hernies fémorales et 344 hernies ombilicales.

**Traitement.** Pour opérer la réduction, on fait coucher le sujet sur le dos, en élevant les épaules et le bassin, afin de relâcher la paroi abdominale; on repousse les viscères d'avant en arrière et de bas en haut. Pour faciliter la rentrée des organes qui sont obligés de franchir une ouverture relativement étroite, on saisit d'une main le corps de la tumeur, tandis qu'avec le pouce et l'indicateur de l'autre main on fait passer les organes à travers l'ouverture comme à la filière.

La difficulté de contenir certaines hernies ombilicales a exercé l'esprit inventif des chirurgiens; Suret, Richter, Juville, A. Cooper, Boyer, ont préconisé des bandages particuliers. Lorsque la hernie est petite, on peut se servir d'un bandage à ceinture molle pourvue au niveau de l'ombilic d'une pelote, plus ou moins bombée d'après le degré d'embonpoint du sujet. Si la hernie est volumineuse, il faut un bandage à ressort, de la longueur de la moitié de la circonférence du corps, à courbure horizontale, prenant un point d'appui postérieur sur la colonne vertébrale, et pourvue d'une pelote sphérique dont l'axe horizontal fait suite au ressort, sans torsion ni courbure du collet. Pour éviter le déplacement du bandage, on est parfois obligé d'y ajouter des sous-cuisses et des scapulaires. Chez les sujets gras, ce bandage se déplace parfois pendant la station assise, parce qu'alors la forme du ventre change; on peut alors essayer de contenir la hernie avec une pelote que l'on recouvre d'un large emplâtre agglutinatif (A. Cooper).

Lorsque la hernie est irréductible, si elle a un volume médiocre, on emploie un bandage élastique à pelote *concave*. Si la hernie est volumineuse, on soutient la tumeur avec un suspensoir qui prend son point d'appui sur les épaules ou sur un corset entourant la poitrine.

**Opération de la hernie ombilicale étranglée.** L'incision des enveloppes de la hernie sera faite avec les plus grandes précautions, pour ne pas entamer l'intestin qui est quelquefois immédiatement sous la peau (voy. p. 714). Une fois les viscères à découvert, on cherche à réduire sans débridement, si cela est possible. Si le débridement est nécessaire, on incise l'anneau obliquement à gauche, vers l'appendice xiphoïde; on a conseillé de ne pas débrider à droite, pour éviter la veine ombilicale qui demeure parfois perméable. Vidal (de Cassis) préfère le débridement *multiple* de l'anneau. En cas de gangrène étendue de l'intestin, on résèque la partie mortifiée, et on fait l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, parce qu'il y a peu à compter sur les chances de curabilité spontanée de l'anus contre nature dans cette région.

C'est surtout pour la hernie ombilicale que A. Key a conseillé de réduire sans ouvrir le sac, en se contentant de débrider les parties extérieures. Cette méthode n'a pas prévalu, parce qu'on risque ainsi de repousser dans l'abdomen des viscères altérés, et de provoquer une péritonite; qu'on n'est