

la nature de la tumeur; les antécédents du malade apprendront au chirurgien s'il a séjourné dans un pays palustre, l'examen du sang éloignera l'idée de leucocythémie; quant au cancer, il ne saurait parvenir à un semblable développement sans retentir sur l'économie, la tumeur est donc un kyste. La fluctuation et le frémissement hydatique doivent toujours être recherchés avec soin; mais ces symptômes fort difficiles à percevoir sont de plus très inconstants, aussi pour confirmer le diagnostic sera-t-il préférable d'avoir recours à la ponction exploratrice.

Pronostic. Traitement. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic: abandonnés à eux-mêmes, ces kystes ont une tendance marquée à s'accroître et, comme les kystes hydatiques du foie, ils vont s'ouvrir à la paroi abdominale, dans l'abdomen ou le poumon; pour ces motifs, le diagnostic étant bien établi, il faut intervenir.

Les moyens de traitement ne diffèrent en rien de ceux que nous avons énumérés en parlant des kystes hydatiques du foie; de plus, si la chose était jugée nécessaire, on pourrait faire l'ablation de l'organe.

Splénotomie. — L'extirpation de la rate a été pratiquée pour la première fois en 1549 par ZACCARELLI sur un malade atteint d'hypertrophie de la rate; cette tentative aurait été suivie de succès. En 1836, QUITTERBAUM renouvela cet essai, son malade mourut; malgré cela nombre de chirurgiens, parmi lesquels SPENCER WELLS, KÖBERLÉ, PÉAN, n'ont pas craint de suivre cet exemple. Dans ces dernières années CRÉDÉ a pu rassembler trente (30) cas de splénotomie pratiquée sur des rates leucémiques, mobiles ou kystiques; seize (16) extirpations de rates leucémiques se sont terminées par la mort; des quatorze autres opérés, cinq sont morts, neuf ont guéri.

§ 4. — Tumeurs et fistules de l'ombilic

A. — TUMEURS DE L'OMBILIC

Bibliographie. — ATHOL JOHNSON, *Lectures on Surgery of Childhood*, 1860, et *Kystes de l'ombilic*; *Gaz. des Hôp.*, 1882. — GUERSANT, *Notices sur la chirurgie des enfants*, 1865-1867. — E. KUSTER, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XVI, 1874. — BLUM, *Arch. gén. de méd.*, 1876. — NICAISE, *Dict. encycl.*, 2^e série, t. XV, 1881. — TILLMANN, in *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1883, p. 161, Bd XVIII. — LANNELONGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1884, 7^e série, t. XIII, p. 36.

Les principales tumeurs que l'on rencontre à la région ombilicale sont : 1^o des kystes; 2^o des tumeurs vasculaires; 3^o des papillomes; 4^o des myxomes, sarcomes et épithéliomes.

a. *Kystes.* — Cette variété de tumeur est fort rare, Roux, cependant, nous a transmis l'observation d'un kyste acéphalocyste de l'ombilic. Comme le fait remarquer DUPLAY, il faut éviter de prendre pour des kystes sébacés ou dermoïdes certaines masses constituées par la rétention, dans le fond de la cicatrice ombilicale, de corps étrangers venus de l'extérieur mêlés à des débris épithéliaux, ou aux matières grasses de la peau.

On observe parfois l'ouverture dans la région ombilicale d'un kyste développé dans les organes abdominaux. Ainsi GATTANINI, THOMPSON, ROUX ont signalé l'ouverture de kystes hydatiques du foie; dans un fait rapporté par QUINCKE, il s'agissait d'un kyste hydatique de la rate.

b. *Tumeurs vasculaires.* — VIRCHOW divise les tumeurs vasculaires de l'ombilic en deux classes: le fungus vasculaire et les nævi.

Le fungus vasculaire ombilical, variété spéciale aux nouveau-nés, se développe sur la cicatrice du cordon ombilical pendant ou après la chute de cet organe; KUSTER, qui a eu l'occasion d'examiner quelques tumeurs de ce genre, les a trouvées constituées par des cellules conjonctives fusiformes au centre et au point d'attache, et par des cellules arrondies à la périphérie.

Ces productions renferment des vaisseaux nombreux mais ténus. De légères applications astringentes suffisent pour les faire rétrocéder; parfois elles sont plus tenaces, on doit alors enserrer leur pédicule dans une ligature.

Les tumeurs vasculaires proprement dites ou nævi paraissent exceptionnelles; nous n'en connaissons qu'une observation authentique, due à CHASSAIGNAC. Il s'agit d'un enfant de six mois qui, au moment de sa naissance, portait à l'ombilic une tumeur grosse comme une tête d'épingle; cette masse grandit peu à peu, il fallut en faire l'ablation.

c. *Papillomes, tumeurs verruqueuses.* — Les papillomes, décrits par ATHOL JOHNSON, FOSTER, BRYANT, DEMARQUAY, LANNELONGUE, sont peu communs. Dans la majorité des cas, ils se trouvent implantés sur les côtés de l'anneau ombilical et ne dépassent pas le volume d'un petit bourgeon exubérant; ceux dont la masse est plus considérable se développent par la formation de bourgeons qui donnent à la tumeur un aspect inégal et lobulé.

La surface du néoplasme laisse écouler une sécrétion franchement purulente qui tache le linge en jaune. Le papillome disparaît spontanément ou par de légères cautérisations; il n'emprunte aucun caractère spécial à la région et présente la structure ordinaire des tumeurs de ce genre.

d. *Tumeurs de mauvaise nature.* — Les plus communes seraient les myxomes (trois (3) cas de WEBER) et les myxo-sarcomes (deux cas de VIRCHOW). L'étude anatomo-pathologique de ces productions a été très négligée jusqu'à ce jour, toutefois les néoplasmes malins de l'ombilic sont loin d'être rares, ils constituent en effet la majorité des tumeurs de cette région.

L'irritation qu'entretiennent dans ce point les amas de sebum ou les corps étrangers, paraît jouer un rôle capital dans l'étiologie de ces cancers: VALDEYER les fait dériver des cellules épithéliales englobées dans la cicatrice.

Le volume de ces productions varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule; d'après NÉLATON, « le cancer ne se bornerait pas seulement à la cicatrice ombilicale, mais encore le pédicule se prolongerait dans l'anneau et arrivé à la face interne de la paroi abdominale s'épanouirait en dedans, envahissant le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine ».

Pour ce motif il est indiqué d'opérer ces tumeurs le plus rapidement possible soit par la ligature, soit par l'instrument tranchant. Si déjà le néoplasme avait envahi les parois abdominales on ferait l'ablation de la partie malade, les lèvres de la plaie seraient ensuite réunies par la suture.

§ 5. — Fistules ombilicales

1° FISTULES URINAIRES

Bibliographie. — CABROL, *Alphab. Anatomic*, 1594. — LITRÉ, *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1701. — RAUSSIN, *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1732. — LÉVÊQUE, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, 1811. — BOURGEOIS, *Journ. de méd.*, 1821. — GUÉNIOT, CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873. — NICAISE, *Dict. encycl.*, 2^e série, t. XV, 1880 (Bibliogr.). — LUGOL, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1880. — TILLMANS, in *Deutsche Zeitsch., f. chir.*, 1883, Bd XVIII, p. 161.
Thèses de Paris. — 1839, CHAMUEL, DUPLANCHET. — 1843, SIMON. — 1872, GRUGET. — 1884, CASTEL.

Étiologie. Mode de développement. — L'ouraque est un conduit qui chez l'embryon fait communiquer la vessie avec la vésicule allantoïde. Ce canal se ferme habituellement vers le milieu de la grossesse (SAPPEY); supposons que par une cause quelconque le travail d'oblitération ne se produise pas, le canal conservera sa perméabilité au moment de la naissance, et si la fistule ne s'établit

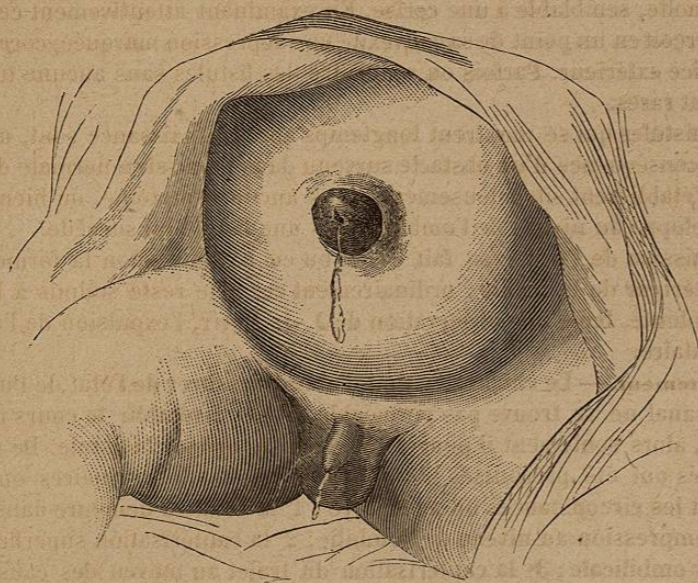


Fig. 2. — Fistule ombilicale.

On voit l'urine sourdre de la tumeur en même temps que s'effectue la miction par l'urèthre.

pas d'emblée, la cicatrice de l'ouverture ombilicale fermera seule ce conduit. Ceci rappelé, les choses se passent d'une manière fort différente, selon que l'urèthre se trouve libre ou oblitéré.

Si l'urèthre est libre, bien conformé, la miction se fera normalement, aucun

symptôme ne viendra trahir à l'extérieur la vice de conformation; au contraire, s'il existe un obstacle à l'émission de l'urine par les voies naturelles, ce liquide refluera dans le conduit anormal, le dilatera et ne tardera pas à sortir par l'ombilic (fig. 2).

L'obstacle à l'excrétion de l'urine peut être congénital ou accidentel. Dans l'observation de CABROL, la plus ancienne en ce genre (1550), l'urèthre d'une jeune fille était bouché par une membrane épaisse d'un *teston au plus*. L'urèthre était encore fermé dans deux faits rapportés par LITRÉ et J.-L. PETIT, il n'existait pas dans deux autres cas relatés par HYGMORE et BARTHOLIN. Le mécanisme de la production de ces fistules n'a pas besoin d'être expliqué, mais quelques-unes se montrent subitement chez des individus dont les fonctions avaient été normales jusqu'à cette époque. Les auteurs ont toujours constaté alors qu'il s'était produit un obstacle brusque au cours de l'urine. BÉRARD a démontré que la fistule ombilicale ne pouvait s'établir en pareille circonstance que sur des sujets dont l'ouraque était resté perméable; il est impossible, en effet, que ce canal, après avoir subi la rétraction et les modifications profondes qu'ont mises en lumière les travaux de CH. ROBIN, se dilate de nouveau.

Symptômes. — Les symptômes varient suivant que la fistule remonte à la naissance ou qu'elle se développe ultérieurement; les fistules qui apparaissent peu après la naissance constituent une tumeur d'un rouge foncé, de consistance demi-molle, semblable à une cerise. En examinant attentivement cette masse, on aperçoit en un point de sa convexité une dépression marquée, correspondant à l'orifice extérieur. Parfois on rencontre des fistules sans aucune tumeur, ces cas sont rares.

Les fistules qui se montrent longtemps après la naissance sont, avons nous dit, la conséquence d'un obstacle survenu dans l'émission normale des urines. Elles s'établissent silencieusement, sans aucun symptôme, ou bien un abcès se développe au niveau de l'ombilic, puis une fistule lui succède.

L'émission de l'urine se fait en jet ou en bavant, selon la forme de l'orifice extérieur de la fistule; ordinairement cet acte reste soumis à l'influence de la volonté. Dans une observation de J.-L. PETIT, l'expulsion de l'urine était involontaire.

Traitement. — Le chirurgien doit d'abord s'assurer de l'état de l'urèthre, et, si ce canal ne se trouve pas perméable, aviser à rétablir le cours normal de l'urine, alors seulement il pourra songer à supprimer la fistule. De nombreux procédés ont été préconisés pour obturer les fistules urinaires ombilicales. Suivant les circonstances on a employé : 1° la sonde à demeure dans l'urèthre et la compression au niveau de l'ombilic; 2° la cautérisation superficielle de la tumeur ombilicale; 3° la cautérisation du trajet au moyen des caustiques ou du cautère actuel; 5° la ligature; 6° l'avivement des bords de la fistule suivi de réunion immédiate.

2° FISTULES D'ORIGINE INTESTINALE

Bibliographie. — PRESTAT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1839. — KING, *Guy's Hosp. Reports*, 1843 et *Arch. gén. de méd.*, 1844, 4^e série, t. IV. — DAVAINÉ, *Traité des Entozoaires*,

1860. — PATRY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1867. — BRYANT, *Centralbl. f. Chir.*, 1878. Thèses de Paris. — 1834, BRUN.

Chez les nouveau-nés, il persiste quelquefois un diverticulum par lequel l'intestin grêle vient s'ouvrir à l'ombilic. Des faits de ce genre sont exceptionnels, il en existe à peine trois ou quatre observations dans la science, les plus remarquables sont dues à W. KING, JACOB, PRESTAT. Les enfants guérissent facilement par la compression et l'occlusion.

De cette variété de fistules, il faut rapprocher celles qui résultent de la ligature en masse du cordon chez les jeunes sujets atteints de hernie ombilicale congénitale. La ligature donne lieu à tous les symptômes de l'étranglement intestinal : l'enfant s'agite, crie beaucoup, a des vomissements, de la constipation, du météorisme. Ces divers phénomènes disparaissent brusquement à la chute de l'agent constricteur, il persiste alors un petit pertuis par lequel s'échappent des matières jaunâtres mélangées de gaz. Rapidement des bourgeons charnus se développent autour de cet orifice anormal dont la guérison, dans la majorité des cas, a lieu spontanément.

Chez les adultes porteurs de hernie ombilicale, il n'est pas rare de voir s'établir un anus contre nature sur le mode de développement duquel nous aurons occasion de revenir.

Nous devons signaler encore, parmi les fistules d'origine intestinale, une variété assez commune, caractérisée par l'issue de vers intestinaux. Des accidents de cette nature ont été observés principalement sur des sujets âgés de moins de vingt ans; on en trouve un certain nombre d'observations dans le traité des entozoaires de DAVANE. Les vers qui sortent vivants ou morts sont d'ordinaire des lombrics, des strongles, parfois des ténias.

3° FISTULES HÉPATIQUES ET BILIAIRES

Bibliographie. — QUINCKE, *Gaz. méd. de Paris*, 1836. — FAUCONNEAU-DUFRESNE, *Traité de l'affect. calcul. du foie*, 1850. — DROUINEAU, *Soc. de chir.*, 1859. — MURCHISON, *Leçons clin. sur les maladies du foie*, 1878. — WITZEL, *Beitrag e. Chir. d. Bauch. Organe*, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, t. XXI, p. 139. Thèses de Paris. — 1856, CADET DE GASSICOURT. — 1858, LEQUELINEL DE LIGNEROLLES.

Les fistules ombilicales d'origine hépatique, bien étudiées par LEQUELINEL DE LIGNEROLLES, se divisent théoriquement en trois groupes, suivant qu'elles sont consécutives à l'ouverture d'un abcès, d'un kyste hydatique, ou qu'elles reconnaissent pour cause l'affection calculeuse de la vésicule. Ces dernières sont de beaucoup les plus communes; DE LIGNEROLLES, en effet, n'a pu relever qu'une seule fistule consécutive à l'ouverture d'un abcès du foie (observation de ROUIS) et trois consécutives à l'ouverture d'un kyste hydatique (cas de GUATTANI, ROUX THOMPSON).

Plus fréquentes, les fistules biliaires ont été étudiées par MURCHISON; d'après cet auteur, elles se développeraient de deux façons différentes; tantôt le travail

ulcératif, après avoir perforé le vésicule ou un conduit biliaire dilaté, continue sa marche, un abcès se forme dans les parois de l'abdomen et vient se faire jour à l'ombilic; tantôt la vésicule ou le conduit, dilatés, enflammés outre mesure, font une saillie qui s'ouvre à l'extérieur spontanément ou que le chirurgien incise par erreur.

Ces fistules n'ont guère été observées que chez des femmes d'un âge moyen ou avancé, leur orifice se trouve habituellement au-dessous de l'ombilic.

Le diagnostic des fistules biliaires n'offre aucune difficulté; les antécédents du malade apprennent au chirurgien qu'il a déjà existé des accidents de lithiase biliaire, de plus l'issue de calculs, phénomène fréquent, lève rapidement tous les doutes. L'exploration de la fistule, indiquée lorsqu'il n'est encore sorti aucun calcul, permet de reconnaître leur présence dans le canal.

Les fistules biliaires guérissent lorsque la vésicule est débarrassée des diverses concrétions qu'elle peut contenir. Le chirurgien est parfois obligé d'intervenir; pour faciliter l'issue d'un calcul; quelques injections détersives, jointes à la dilatation du trajet, suffisent le plus souvent.

4° FISTULES PÉRITONÉALES

Bibliographie. — ALDIS, *Journ. méd. de chir. d'Édimburg*, 1847. — VALLIN, *Arch. gén. de méd.*, 1869. — MARTIN, *Soc. anat.*, 1872. — HENROT, *Revue des sciences méd.*, 1874. — BAIZEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1875. — GUÉRIN, *Arch. de Tocologie*, 1878. Thèses de Paris. — 1859, SECOND-FÉREOL. — 1876, GAUDERON, GEBEL.

Ces fistules donnent issue à un liquide séreux ou purulent.

Les fistules séreuses résulteraient de l'évacuation du liquide de l'ascite par l'ouverture ombilicale. On ne connaît que deux observations de ce genre; l'une due à BRHEM, l'autre rapportée par VAN HORNE.

Beaucoup plus fréquentes sont les fistules purulentes, qui succèdent toujours à une péritonite. Suivant la nature de cette dernière il convient d'établir plusieurs variétés, et nous distinguerons avec NICAISE les fistules par péritonite aiguë des enfants, les fistules par péritonite puerpérale, les fistules par péritonites chroniques tuberculeuse ou cancéreuse.

a. *Fistules par péritonite aiguë des enfants.* — GAUDERON, dans sa thèse, a réuni vingt-cinq cas de cette péritonite spéciale aux enfants, surtout aux petites filles; sur ces vingt-cinq observations, onze fois le pus s'était frayé un passage à l'ombilic.

La perforation se produit généralement au centre de la cicatrice ombilicale, soulevée au préalable sous forme de tumeur; il s'écoule une quantité de pus pouvant aller jusqu'à trois litres. Cette évacuation, qui survient d'ordinaire du vingtième au trentième jour après le début de l'inflammation de la séreuse, soulage notablement le malade, la fistule persiste ensuite pendant un temps variable.

La guérison serait la règle en semblable circonstance, car sur les onze (11) cas de GAUDERON nous relevons huit (8) terminaisons favorables.

b. *Fistules par péritonite puerpérale.* — Le mécanisme de la perforation est ici tout différent; l'inflammation se communiquerait au tissu cellulaire sous-péritonéal et consécutivement au péritoine, elle occasionnerait l'apparition d'une collection purulente qui, après s'être ouverte, laisserait échapper du pus dans le péritoine. L'apparition de ces fistules est d'un pronostic bénin, dans toutes les observations de ce genre la guérison a eu lieu.

c. *Fistules par péritonite chronique.* — Le mode de développement de ces fistules a été bien étudié par VALLIN.

Cet auteur a montré qu'il s'établissait d'abord des adhérences entre l'épiploon, les anses intestinales et la paroi abdominale, puis les tubercules en se ramollissant perforent les intestins; ainsi se produisent de petits clapiers dans lesquels s'accumulent des matières fécales et du pus. A la longue, sous l'influence de ce contact une collection purulente prend naissance dans les parois abdominales; dès qu'elle est ouverte la fistule s'établit.

Les péritonites cancéreuses seraient susceptibles de déterminer des accidents analogues. La mort est la terminaison constante en pareille circonstance.

CHAPITRE III

HERNIES ABDOMINALES

Bibliographie. — FRANCO (Pierre), *Traité des hernies*, Lyon, 1561. — DE BLÉGNY, *L'art de guérir les hernies*, 1676-1688. — ARNAUD, GARENGEOT, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. 1^{er}, 1731. — RICHTER, traduct. franç. de Rougemont, Paris, 1799. — JUVILLE, *Traité des bandages herniaires*, 1786. — W. LAURENCE, *Traité des hernies*, Londres, 1816, trad. par A. BÉCLARD et CLOQUET, Paris, 1818. — SCARPA, *Traité pratique sur les hernies*, trad. franç., 1812 et 1823. — JALADE LAFONT, *Considérations sur les hernies*, 2 vol., Paris, 1822. — GERDY, *Remarques et observations sur les hernies*, in *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, 1836, t. X. — A. COOPER, *Hernies*, in *Œuvres chir.*, trad. CHASSAIGNAC et RICHELLOT, 1837. — VERDIER, *Traité pratique des hernies*, Paris, 1840. — SIMON, *Traité des hernies*, 1841. — MALGAIGNE, *Leçons sur les hernies*, 1841. — GUÉRIN, DEMAUX, *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1842. — TEALE, *Practical Treatise on Hernia*, 1846. — DANZELL, *Herniologische Studien*, 1854-1855. — DEBOUT, *Bull. de therap.*, 1863. — KINGDON, *Mécan. et causes des hernies*, in *Med. Chir. Transact.*, 1864. — GOSSELIN, *Leçons sur les hernies abdominales*, 1865. — RICHTER (E.), *Zu Lehre von der Unterleibsbuchen*, Leipzig, 1869. — WERNHER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1872. — GAUJOT et SPILLMANN, *Arsenal de la chir. contemp.*, 1872. — LE DENTU, art. *HERNIES* du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1873. — FÉRÉ, *Hernies des nouveau-nés*, in *Revue mensuelle*, 1879. Thèses de Paris. — 1817, CLOQUET. — 1819, CLOQUET (Concours). — 1823, FERRAUD. — 1836, DULAC. — 1839, BOINET (Agrég.). — 1841, THIERRY (Concours). — 1846, GUIGNARD. — 1850, EIDRIGIEWICZ. — 1853, DANGLADE. — 1866, NICAISE. Cure radicale des hernies. — GERDY, *Journ. des conn. des sciences méd.*, 1834. —

BONNET, *Gaz. méd.*, 1837. — COSTE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1853. — GERDY, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, 1855. — SCHWALBE, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1877, et *Centralbl. f. Chir.*, 1878. — ALBERT, *Wien. Med. Presse*, 1878, p. 1118. — HOFMOKL, *Wien. Med. Press.*, 1877 et 1879. — ALY, *Deutsch. med. Wochens.*, 1880. — ANNANDALE, *Edinburgh. Med. Journ.*, décembre 1880. — ALBERTINI, *Gaz. des Hôp. de Milan*, 1881. — BRAUN, *Berl. klin. Wochens.*, 1881. — GUÉNOD, Th. de Bâle, 1881. — REVERDIN, *Revue de la Suisse romande*, 1881. — BARDELEBEN, GUSSENBAUER, *Onzième congrès de la Soc. allemande de chir.*, 1882. — RECLUS, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1882. — ZUCKER, Th. de Breslau, 1882. — BANKS, *Philad. Med. Times*, 1883. — BAUM, *Leisrunk*, in Leipzig, 1883. Thèses de Paris. — 1839, BOINET (Agrég.). — 1850, JACOB. — 1883, SECOND (Agrég., Bibliogr.).

Définition. — Le mot *hernie*, pris dans le sens le plus large de son acception, exprime l'issue d'un viscère, d'une membrane, d'une tumeur, etc., hors de la cavité dans laquelle ces diverses parties se trouvent normalement contenues.

On nommera donc *hernie abdominale* toute tumeur formée par la sortie de viscères hors de l'abdomen.

Divisions. — Les circonstances dans lesquelles apparaît la hernie, le siège qu'elle occupe, les organes qui y sont emprisonnés ont servi à établir trois classifications principales.

a. *Circonstances qui favorisent le développement de la hernie.* — « 1^o On appelle *congénitale* toute hernie se rattachant à un vice de l'évolution embryonnaire ou fœtale ou à une disposition native persistante à son apparition » (LE DENTU).

2^o Lorsque les viscères s'échappent de la cavité abdominale à travers une plaie récente ou en distendant la cicatrice d'une ancienne solution de continuité, la hernie est *traumatique*.

3^o Chaque fois que l'on ne peut invoquer une des causes précédentes, la hernie prend le nom de *spontanée*. GOSSELIN désigne cette dernière variété sous le nom de *hernie ordinaire*.

b. *Siège.* — On dénomme encore les hernies par un qualificatif anatomique qui rappelle le point de la paroi abdominale par lequel a eu lieu la sortie des viscères; quand ils ont traversé l'anneau inguinal, la hernie est dite *inguinale*, elle conserve ce nom tant que la tumeur reste limitée au trajet du canal; dès que les viscères arrivent dans le scrotum, la hernie devient *scrotale*. Ces deux variétés étaient connues des anciens sous les noms de *bubonocèle* et d'*oschécèle*.

La hernie qui se produit à l'anneau crural et se manifeste à la partie supéro-antérieure de la cuisse est appelée *hernie fémorale*, *crurale* ou *mérocèle*.

Si les viscères s'échappent par l'orifice ombilical, il existe une hernie *ombilicale*, encore nommée *exomphale* ou *omphalocèle*.

Ces trois variétés sont les plus communes.

Parmi les formes rares, signalons : les hernies *obturatrices*, *diaphragmatiques*, *épigastriques*, *lombaires*, *vaginales*, *périnéales*, etc.

c. *Contenu.* — Tous les viscères de l'abdomen ont été rencontrés dans les hernies, à l'exception du duodénum, du pancréas et des reins (NÉLATON).