

faille le distendre pour la faire pénétrer. Les parois élastiques en revenant sur elles-mêmes exercent une compression douce mais parfaitement suffisante; à mesure que la masse diminue, on remplace par du coton les parties rentrées, de façon que l'élasticité des parois soit toujours mise en jeu.

Cependant il est de ces hernies volumineuses contre lesquelles échouent les tentatives les mieux dirigées; fréquemment elles constituent une infirmité simplement gênante, quelquefois elles déterminent une sensibilité générale du ventre, des troubles digestifs accompagnés de renvois et de vomissements. Dans ces circonstances, l'opportunité d'une intervention chirurgicale pour amener la cure radicale peut être discutée. Le chirurgien devra donc d'abord faire connaître au malade les dangers auxquels l'expose l'opération, lui donner le temps de la réflexion, et alors seulement, s'il persiste dans ses desirs, tenter la cure radicale.

### § 2. — Hernies crurales. — Mérocèles

**Bibliographie.** — ALEX. MONRO, *Observ. on the Crural Hern.*, Edinburgh, 1803. — DUCROS, *Recherches anat.*, etc., Montpellier, 1817. — LAUGIER, *Arch. gén. de méd.*, 1833, art. HERNIE FÉMORALE, in *Dict. en 30 vol.*, t. XIII, 1836. — VELPEAU, *Ann. de la chir. française et étrangère*, 1841. — DEVILLE, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — LEGENDRE, *Mémoire sur quelques variétés rares de hernies crurales*, 1858. — BRYANT, *Dublin Quarterly Journal*, 1862. — CAZIN, *Soc. de chir.*, 1874. — BUTTERLIN, *Union méd.*, 1876. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1876. — REVINGTON, *The Lancet*, 1876. — VERNEUIL, *France méd.*, 1876. — BERGER, *Soc. de chir.*, 1879. — TERRIER, *cod. loc.*, 1880. — MASON-RILEY, *The Lancet*, 1880. — PITTS, *The Lancet*, 1884.

Thèses de Paris. — 1819, BRESCHET (Concours). — 1825, LISFRANC. — 1826, MANEC. — 1831, GÉLY. — 1843, DEMAUX. — 1852, LEFEUVRE. — 1855, MAGNAC. — 1858, BERT. — 1863, DESPRÈS (Concours). — 1881, CHEVALIER.

Thèse de Bordeaux. — 1885, LOUMEAUX.

**Définition.** — On attribue l'épithète de crurale à cette variété de hernie dans laquelle l'intestin, sorti par la partie interne de l'anneau crural, vient constituer une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse au niveau du triangle de Scarpa.

**Anatomie pathologique. Marche de la hernie.** — L'anneau crural par lequel s'échappent les viscères est un orifice triangulaire circonscrit en avant par l'arcade crurale ou ligament de Fallope, en dehors par la bandelette iléo-pectinée, en dedans par les fibres arciformes du ligament de Gimbernat. A l'état normal cet anneau renferme un certain nombre d'organes qui sont de dehors en dedans : 1° l'artère fémorale; 2° la veine fémorale; 3° un ganglion lymphatique dit ganglion de Cloquet et un peu de tissu adipeux.

Lorsque l'intestin presse sur cet anneau, il ne peut s'échapper par la partie externe, absolument fermée par les vaisseaux fémoraux, mais s'engage dans la portion la plus interne au niveau de laquelle le tissu adipeux lui oppose une résistance moins grande. Ce qu'il faut surtout bien avoir présent à l'esprit, c'est que le collet du sac est en contact immédiat avec la veine fémorale par sa partie externe; l'intestin ayant ainsi franchi l'anneau crural, pénètre

dans cet espace prismatique qui porte en anatomie le nom de canal crural. Ce canal présente à étudier une base, un sommet et trois parois. La base, représentée par l'anneau que nous venons de décrire, est fermée par un certain nombre de plans que nous retrouverons parmi les enveloppes mêmes de la hernie. Le sommet de la pyramide tronquée, situé à cinq ou six centimètres de là, correspond au point où la veine saphène traversant l'aponévrose fémorale va s'aboucher dans la crurale. Les parois sont en dedans l'aponévrose du pectiné, en dehors la gaine du psoas, en avant cette portion de l'aponévrose fémorale que traversent les vaisseaux lymphatiques, qui des ganglions superficiels vont se rendre aux ganglions profonds. Cette paroi antérieure du canal crural porte plus spécialement le nom de *fascia crebriformis* que lui a donné HESSELBACH.

Les viscères engagés dans ce canal par l'anneau crural y pénètrent plus ou moins profondément, puis s'en échappent en passant par un des orifices du *fascia crebriformis* pour arriver sous la peau.

Les diverses étapes ainsi parcourues par l'intestin ont été comparées par certains auteurs, en particulier par MALGAIGNE, VELPEAU, DEMAUX, aux temps parallèles de la hernie inguinale. Aussi, lorsque les viscères ont simplement traversé l'anneau, il y a *pointe de hernie*; s'ils pénètrent dans l'intérieur du canal, la hernie est dite *interstitielle*; si enfin ils sortent par un orifice du *fascia crebriformis* pour devenir sous-cutanés, la hernie est *complète*. Comme le fait remarquer TILLAUX, ces rapprochements sont très séduisants, mais en pratique l'analogie est moins facile à établir qu'en théorie.

**Enveloppes de la hernie.** — Supposons une hernie interstitielle (2° degré); pour arriver sur son enveloppe proprement dite, le chirurgien traversera d'abord la peau; 2° le tissu cellulaire sous-cutané; 3° le *fascia superficialis* de la cuisse; 4° le *fascia crebriformis*; puis il rencontre une série de couches superposées que l'intestin a refoulées devant lui. Les plans sont ceux qui séparent le péritoine du tissu cellulaire contenu dans le canal crural, il est fort difficile de les reconnaître lorsqu'on opère une hernie étranglée; l'anatomie normale vient ici au secours de l'anatomie pathologique et en procédant de la cavité abdominale vers le canal crural la dissection permet d'isoler : 1° le péritoine; 2° une couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale; 3° une lamelle fibreuse *fascia propria* d'ASTLEY COOPER; 4° une deuxième lamelle fibreuse découverte par J. CLOQUET, le *septum* crural. Théoriquement donc, pour arriver jusqu'à l'intestin dans une hernie cruro-interstitielle, le bistouri aurait à traverser huit plans superposés, mais, nous le répétons, lorsque la hernie est un peu ancienne ou étranglée, les plans profonds sont entièrement confondus.

**Rapports de l'anneau crural avec les vaisseaux de la région.** — Nous avons déjà signalé les relations importantes qu'affectent entre eux les vaisseaux fémoraux et l'anneau crural, il faut encore se rappeler les rapports qui existent entre ce même anneau, l'artère épigastrique et l'obturatrice. Lorsque ces vaisseaux présentent une origine et une disposition normales, le chirurgien n'a pas à s'en occuper dans le débridement. L'épigastrique en effet se trouve à deux centimètres en dehors de l'anneau crural, or jamais on ne fait porter l'incision libératrice dans cette direction; quant à l'obturatrice, elle n'a pas de

points de contact immédiat avec l'anneau; il n'en est plus ainsi dans les cas assez communs où ces vaisseaux naissent l'un de l'autre, l'obturatrice se dirige alors en dedans puis en bas, contournant la partie interne du sac; aussi MURSENA, DUPUYTREN l'ont atteinte dans le débridement et leurs malades ont succombé à l'hémorragie.

**Contenu du sac.** — Les hernies crurales renferment ordinairement : l'intestin grêle seul ou l'intestin grêle accompagné d'un peu d'épiploon; très rarement on a rencontré de véritables épiplocèles.

**Variétés insolites.** — Il existe dans la science quelques observations de hernies crurales dont le sac présentait des rapports insolites; leur intérêt pratique est fort minime car elles n'ont jamais été reconnues pendant la vie. Les principales variétés sont :

1° La hernie crurale externe dans laquelle l'épigastrique occupe la partie interne du sac (ARNAUD, DEMAUX);

2° La hernie crurale interne, les intestins s'échappent par la fossette sus-pubienne (DEMAUX);

3° La hernie de LAUGIER (Cet auteur a vu l'intestin sortir à travers une éraillure du ligament de Gimbernat);

4° Les hernies à double sac, dans lesquelles on trouve deux sacs distincts ou traversant chacun un orifice différent du *fascia crebriformis* (J. CLOQUET, DEMAUX, GOSSELIN);

5° Les hernies de HESSELBACH, d'ASTLEY COOPER. LEGENDRE a décrit sous ce nom des hernies dont le collet est unique. Mais différentes parties de ce sac s'engagent à travers deux ou trois orifices du fascia quelque peu écartés les uns des autres et constituent un sac multilobé;

6° La hernie pectinéale; cette variété a été décrite par J. CLOQUET qui a vu l'intestin sortir du canal crural par une déchirure de l'aponévrose du pectiné, et pénétrer dans la gaine de ce muscle;

7° La hernie en dehors des vaisseaux fémoraux, il en existe un seul cas dû à PATRIDGE;

8° La hernie cruro-propéritoneale, STREUBEL a rencontré une hernie crurale possédant un diverticulum sous-péritonéal; ce fait est encore unique.

**Étiologie.** — Les hernies crurales sont, ainsi que nous l'avons déjà exposé, plus fréquentes chez la femme que chez l'homme; nous rappellerons que comparées aux hernies inguinales, chez l'homme les crurales sont dans la proportion de 1 à 32, tandis que chez la femme il y a parité entre les deux variétés de hernie.

Parmi les causes invoquées pour expliquer la prédominance des hernies crurales chez les sujets du sexe féminin, celles qui nous paraissent le plus rationnelles sont l'augmentation du diamètre transversal de l'anneau et la grosseur. Ces tumeurs se développent rarement avant l'âge adulte, les cas observés avant l'âge de vingt ans sont très peu nombreux, et on trouverait avec peine dans la science quelques exemples de hernies crurales congénitales; cependant un certain nombre de faits, par exemple celui rapporté par DEPAUL à la Société anatomique, démontrent d'une façon indiscutable l'existence de ces hernies.

**Symptômes.** — Les hernies crurales constituent de petites tumeurs arrondies dont le volume dépasse exceptionnellement celui d'une noix ou d'un marron. Les plus grosses atteignent les dimensions d'une pomme d'api (GOSSELIN). Habituellement les premières périodes de développement de ces hernies passent inaperçues, les troubles fonctionnels faisant presque toujours défaut. Beaucoup de malades, surtout parmi les femmes, portent déjà depuis longtemps des tumeurs de ce genre sans se douter de leur existence. Dans quelques circonstances, fait signalé par ASTLEY COOPER, les patients en passant de la position assise à la position verticale, éprouvent une vive douleur au moment où ils étendent la cuisse. Cette douleur, qui cesse dès que la cuisse est de nouveau fléchie, force le malade à examiner la région et c'est ainsi que plusieurs s'aperçoivent de l'existence d'une masse anormale.

Ces tumeurs présentent d'ailleurs les caractères ordinaires des hernies; elles sont élastiques, souples, sonores à la percussion, augmentant légèrement sous l'influence de la toux, des efforts, etc., se réduisent partiellement ou totalement par le taxis.

**Diagnostic.** — Il faut établir : 1° qu'il existe une hernie; 2° que cette hernie est crurale.

Une masse morbide offrant les symptômes et l'aspect que nous venons de décrire ne saurait être qu'une hernie; on peut rencontrer au pli de l'aîne quelques tumeurs réductibles, abcès froids, varices veineuses ou lymphatiques, mais toutes sont mates et s'accompagnent du côté du squelette, des vaisseaux sanguins et lymphatiques d'un ensemble de signes qui permettent d'éviter l'erreur. Il est encore plus difficile de confondre avec les hernies les tumeurs dures formées par les ganglions; car ces ganglions, plus solides, moins élastiques, constituent habituellement une série de tumeurs et non une masse unique.

Lorsque la hernie a acquis un certain développement, et chez les personnes obèses, l'observateur peut se trouver embarrassé pour affirmer si la tumeur est une hernie crurale ou une hernie inguinale. Toutefois, en se conformant aux règles suivantes, il arrivera presque toujours à la solution de la question.

1° Menez une ligne qui rejoigne entre elles l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine du pubis; la hernie est inguinale si elle se trouve située au-dessus de cette ligne, crurale dans le cas contraire (AMUSSAT). Pour obtenir un résultat exact il faut, comme le fait remarquer GOSSELIN, tendre avec les mains la paroi abdominale.

2° Le pédicule de la tumeur est situé directement en arrière dans la hernie crurale, et se dirige au contraire en haut et en dehors dans la hernie inguinale.

3° Une fois la hernie réduite, introduisez le doigt dans l'anneau, si à la partie externe vous sentez battre une artère, c'est la crurale; la hernie est du même nom. Si on ne sent aucun vaisseau on se trouve en présence d'une hernie inguinale (MALGAIGNE).

Cet auteur avait encore conseillé, la hernie étant réduite, de placer alternativement le doigt dans chacun des anneaux et de faire tousser le malade.

Lorsque les viscères sortent pendant que le doigt obture l'anneau inguinal, la hernie est crurale, elle sera inguinale dans le cas contraire.

**Pronostic.** — Les hernies crurales, en raison de l'absence de douleurs, de leur volume très faible, gênent peu les malades et passent facilement inaperçues. Pour ce motif et aussi à cause de la difficulté que l'on éprouve à les maintenir réduites, elles s'étranglent plus souvent que les hernies inguinales. Il est fort rare de voir les hernies de cette nature guérir spontanément, ceci n'a rien qui puisse nous étonner, étant donné l'âge auquel elles se développent.

**Traitement.** — L'application d'un bandage présente des difficultés très grandes. Les chirurgiens emploient d'ordinaire le bandage français; il doit subir certaines modifications, dans le but de diminuer la longueur de son arc et de porter la pelote un peu plus bas. Malgré ces précautions, à chacun des mouvements de la cuisse la pelote se dérange et laisse échapper une partie des viscères.

En présence de cette impuissance manifeste du traitement palliatif, il était naturel de songer à une intervention plus active. Les essais de cure radicale fournissaient de si mauvais résultats avant les procédés de la méthode antiseptique, qu'ils étaient abandonnés. Dans ces dernières années, encouragés par les succès qu'ils obtenaient en opérant les hernies inguinales, NUSSBAUM, RIESEL, M. SCHEDE, etc., ont renouvelé ces tentatives pour les hernies crurales. Sur vingt-six (26) cas de ce genre réunis par SEGOND, nous trouvons un seul décès; mais beaucoup de malades n'ayant pu être suivis, il est bien difficile dans l'état actuel de la science de se prononcer d'une façon définitive.

A. — HERNIES CRURALES IRRÉDUCTIBLES. — HERNIES CRURALES ÉTRANGLÉES

**Fréquence.** — D'après les statistiques de GOSSELIN et de BRYANT, l'étranglement des hernies crurales, comparé à celui des hernies inguinales, serait dans le rapport de 88 à 92 p. 100, proportion considérable, si l'on se rappelle le peu de fréquence de la hernie crurale.

**Agents de l'étranglement.** — Parmi les différentes questions de chirurgie qui ont divisé les auteurs aux diverses époques, le siège de l'étranglement dans les hernies crurales tient assurément une des premières places. Les anciens observateurs regardaient l'anneau crural comme l'agent exclusif de l'étranglement. En 1793, GIMBERNAT ayant décrit le ligament qui porte son nom, lui fit jouer un rôle prépondérant. La théorie de l'étranglement par l'anneau n'avait cependant pas été admise sans contestation et, avant GIMBERNAT, J.-L. PETIT avait montré l'influence manifeste exercée dans certaines circonstances par le collet; mais lorsque J. CLOQUET eut décrit le *fascia crebriformis*, les deux théories précédentes perdirent rapidement du terrain et la plupart des auteurs, SCARPA, BRESCHET, J. CLOQUET, affirmèrent que les viscères s'échappaient par un trou du *fascia crebriformis*, et que cet anneau accidentel était le principal agent de l'étranglement. MALGAIGNE, BROCA, JARJAVAY, DEMAUX regardèrent ces anneaux accidentels comme la cause unique de la constriction. Cependant, comme le fait remarquer TILLAUX, le *fascia crebriformis* ne présente pas d'orifice à l'état normal; ceux que l'on crée artificiellement par la dissection sont

antérieurement remplis par les lymphatiques qui font communiquer entre eux les ganglions superficiels et profonds. L'étranglement par les anneaux naturels ne doit donc pas être aussi commun que le prétendait MALGAIGNE. Telle était du reste l'opinion de plusieurs de ses contemporains, en particulier de SÉDILLOT et CHASSAIGNAC, qui revinrent à la théorie de l'étranglement par le ligament de Gimbernat (étranglement par vive arête de CHASSAIGNAC). Ces nombreuses discussions ont conduit les classiques à admettre que les causes de l'étranglement varient suivant les divers cas et qu'il faut accuser tantôt l'anneau crural où le ligament de Gimbernat exerce une action prépondérante, tantôt les anneaux artificiels, tantôt le collet.

Il est du reste fort difficile même par la dissection de reconnaître la cause exacte de l'étranglement, car si la hernie est un peu ancienne, l'orifice artificiel du *fascia crebriformis*, l'anneau naturel et le collet sont confondus dans une même gangue inflammatoire.

**Symptômes.** — Dans la plupart des circonstances, les symptômes observés sont ceux qui caractérisent l'étranglement; nous ne reviendrons pas sur ce tableau clinique, mais nous devons attirer l'attention sur un certain nombre de faits dans lesquels l'affection se présente avec un cortège tout spécial. Ainsi parfois les phénomènes généraux étant à peine marqués, l'irréductibilité, l'absence de selles, quelques vomissements constituent les seuls signes qui annoncent l'étranglement; et néanmoins, comme le fait remarquer GOSSELIN, ces cas sont loin d'être bénins, car le plus souvent, après deux ou trois jours, ce calme trompeur fait place à une péritonite subaiguë ou à un phlegmon stercoral dont le développement vient annoncer la présence d'une perforation. Enfin c'est de préférence sur des malades porteurs de petites hernies crurales, que l'on a remarqué ces étranglements à type cholériforme ou encore ceux dans lesquels prédominent les symptômes du côté du système nerveux.

**Diagnostic.** — Lorsque les signes de l'étranglement sont nettement accusés, il ne sera pas difficile d'en reconnaître la nature et la cause, toutefois il faut particulièrement redoubler d'attention si l'on se trouve aux prises avec un des cas frustes que nous venons de signaler; on pourra alors penser à l'existence d'une épiplocèle enflammée, mais l'observateur se rappellera que l'entéro-cèle et l'entéro-épiplocèle sont ici la règle, l'épiplocèle au contraire constitue une exception; dans le doute il devra se décider pour l'intervention chirurgicale.

**Pronostic. Traitement.** — *Taxis.* — Les préceptes généraux que nous avons indiqués relativement au temps pendant lequel le taxis est permis, doivent être parfaitement présents à l'esprit du chirurgien. Les hernies crurales, en effet, renferment le plus souvent de l'intestin seul, et l'étranglement étant excessivement serré, il en résulte des perforations rapides. Aussi, si la hernie est de petit volume, si vingt-quatre heures se sont déjà écoulées depuis l'apparition des phénomènes d'étranglement, les tentatives de taxis devront être des plus modérées, et devant un insuccès il faut opérer sans retard. Dans les hernies moyennes et surtout dans celles de volume considérable, les manœuvres de taxis sont encore autorisées après quarante-huit et même soixante heures.

La position à donner au patient varie avec le siège de l'étranglement. En général les chirurgiens s'accordent cependant pour mettre le bassin sur un

plan supérieur au reste du corps en même temps que les cuisses sont ramenées sur l'abdomen. L'inversion totale du malade (méthode de LEASURE) a fourni de bons résultats.

**Kélotomie.** — L'opération dans la majorité des cas comporte l'ouverture du sac. Arrivé sur l'intestin, le chirurgien recherchera avec le doigt la cause de l'étranglement, puis glissant un bistouri boutonné entre son doigt et l'agent constricteur il pratiquera le débridement.

Ce que nous avons dit des rapports de l'anneau avec les vaisseaux périphériques permet facilement de prévoir la direction que devra alors prendre l'instrument tranchant.

« Le lieu d'élection pour le débridement de la hernie crurale étranglée est situé en dedans, mais non directement en dedans; on inclinera le tranchant du bistouri un peu en bas vers l'attache du ligament de Gimbernat à la crête pectinéale; si, pour une raison quelconque, on ne pouvait débrider en dedans et en bas, on débridera directement en haut, surtout chez la femme dont le canal inguinal ne contient que le ligament rond » (TILLAUX).

Il serait encore possible d'employer avec avantage le débridement multiple préconisé par VERPILLAT.

**Résultats.** — L'étude des différentes statistiques semble prouver que le taxis réussit moins bien dans les hernies crurales que pour les hernies inguinales; au contraire, la kélotomie serait préférable; la méthode antiseptique rendra l'opération encore moins dangereuse.

**Cure radicale.** — La ligature du collet avec excision du sac a été aussi tentée dans le but d'obtenir la cure radicale de la hernie inguinale, NUSSBAUM, M. SHEDE, BAUM doivent être cités parmi les chirurgiens dont l'exemple et les préceptes ont plus particulièrement contribué à la vulgarisation de ces procédés. SEGOND a réuni quatre-vingt-deux (82) faits de ce genre avec dix-sept (17) morts, dont trois (3) par circonstances étrangères à l'opération. D'après ces renseignements, ce chirurgien arrive aux résultats suivants :

1° Les tentatives de cure radicale n'aggravent pas le pronostic de l'opération de la hernie crurale étranglée. 2° Les complications locales font généralement défaut. 3° Dans nombre d'observations la guérison a pu être constatée après plusieurs années.

Étant données ces conclusions et les difficultés que l'on éprouve pour maintenir réduites les hernies de cette nature, les tentatives de cure radicale des hernies crurales nous semblent devoir être particulièrement préconisées après la kélotomie.

#### B. — HERNIES CRURALES ENFLAMMÉES ET IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES ANCIENNES

Les hernies crurales irréductibles par suite du développement de phénomènes d'inflammation aiguë, sans qu'il en résulte un véritable étranglement, constituent une curiosité pathologique sur laquelle nous ne saurions insister.

Plus fréquemment on rencontre des épiplocèles crurales devenues irréductibles par adhérences. Elles forment des tumeurs globuleuses molles, pâteuses, sur la nature desquelles il est peu commode de se prononcer. Ces hernies sont

toujours retenues aux parties profondes par un pédicule plus ou moins volumineux. L'existence de ce pédicule étant constatée, il ne saurait y avoir aucun doute sur la nature de la masse morbide; malheureusement reconnaître ce pédicule est souvent chose fort difficile. En déprimant fortement les parois abdominales, au-dessus de l'arcade de Fallope, on arrive quelquefois à sentir la corde épiploïque.

Dans certaines occasions les tumeurs dont nous nous occupons, au lieu des symptômes ci-dessus énumérés, présentent tous les caractères d'une collection liquide; il s'agit alors d'un kyste développé dans un sac herniaire déshabité, ou plus rarement d'un hygroma formé aux dépens d'une bourse séreuse accidentelle située en avant de la hernie. On a même vu des abcès prendre naissance dans ces cavités et donner lieu à des signes de péritonite et d'étranglement. Ces accidents nécessitent une intervention tout aussi active que les véritables étranglements.

#### § 3. — Hernies ombilicales

**Bibliographie.** — SIMPSON, *De la péritonite chez le fœtus considérée comme cause, etc.*, Arch. gén. de méd., 1819. — CRUVEILHIER, Bull. de la Soc. anat., 1833. — HOUEL, *cod. loc.*, 1849. — TUDICHUM, *Ueber Nabelschnurbrüche in Canstatt's Jahresber.*, 1853, t. IV. — DEBOUT, Bull. de thérap., 1861. — JOLLY, GADAUD, NICAISE, Soc. anat., 1867. — AHLFELD, *De la production de la hernie congénitale*, in Arch. f. Gynækol. et Rev. des sciences méd., 1877. — VICTOR MESTRAL, Th. de Bâle, 1881. — NICAISE, Dict. encycl., t. XV, 1882 (Bibliogr.).

Thèses de Paris. — 1839, CHEVALIER. — 1842, WEYSIER. — 1848, VIDAL (de Cassis) (Concours). — 1862, CAZIN. — 1864, PLANQUE. — 1866, DUPLAY (Concours). — 1869, GIRODOLLE, LAFON. — 1876, RICHARD. — 1877, GARNIER, ORLIAC. — 1881, POSSEINE.

Les études embryogéniques auxquelles se sont livrés depuis trente ans environ un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels il convient de citer BAER, RATHKE, REICHERT et REMACK, nous ont appris que durant les premiers mois de la vie intra-utérine, les parois de l'abdomen n'étant pas réunies, il existe une large ouverture par laquelle on aperçoit les viscères abdominaux. Vers le troisième mois de la vie fatale, les parties latérales se portant à la rencontre les unes des autres, viennent oblitérer la cavité abdominale, et vers le commencement du quatrième mois l'ombilic est constitué; mais supposez que pour une cause quelconque ce travail subisse un temps d'arrêt, il persistera au moment de la naissance une ouverture anormale par où s'échapperont les viscères. Pour rappeler l'origine de ces tumeurs, le moment auquel remonte leur formation, les auteurs les ont désignées sous le nom de *hernies ombilicales congénitales*.

La région ombilicale est encore le siège de prédilection de hernies acquises, celles-ci se développent fréquemment pendant les premiers jours qui suivent la naissance, *hernies ombilicales des nouveau-nés*, ou bien comme les autres hernies elles se montrent à l'âge adulte, *hernies ombilicales des adultes*.