

une infirmité transitoire, contre laquelle le chirurgien ne doit diriger un traitement actif que si la rétrocession s'en fait trop attendre ou si des complications surviennent (inflammation, adhérences douloureuses).

Encore aujourd'hui, l'appareil très simple, utilisé par Trousseau pour la contention de ces hernies, est d'un usage courant. Il consiste dans un tampon d'ouate, d'un volume un peu supérieur à celui de la hernie, que l'on applique sur l'ombilic et que l'on maintient par une bande de diachylon faisant deux fois le tour de la ceinture. Ce bandage primitif a l'avantage d'adhérer aux téguments et, par conséquent, de ne pas se déplacer; mais parfois il irrite l'épiderme très sensible du nouveau-né; aussi lui préfère-t-on, à cet âge, une simple ceinture en tissu élastique ou en caoutchouc, portant au centre une petite pelote, que l'on gonfle par insufflation.

Plus tard, la combinaison des deux appareils ci-dessus donne de bons résultats. Lorsque l'enfant commence à marcher, il est, en effet, urgent d'assurer la fixité du bandage ombilical; pour cela, on utilise une pelote montée sur une petite plaque métallique que l'on maintient sur l'ombilic par des bandelettes de diachylon entre-croisées; une ceinture élastique est placée par-dessus, avec ou sans sous-cuisses.

Quel que soit l'appareil utilisé, on le laissera constamment en place, jour et nuit, en ne le sortant que pour donner à l'enfant les soins de toilette. On veillera aussi à ce que la pelote centrale soit toujours d'un diamètre supérieur à celui de la hernie et ne s'engage pas dans l'anneau, qui se trouverait ainsi maintenu ouvert et progressivement distendu. A ce titre, les bandages à tige, à boule, qui refoulent la hernie dans l'abdomen, tels que ceux de Vidal (de Cassis), de Malgaigne, de Demarquay, doivent être proscrits. De plus, tout bandage sera surveillé attentivement et soigneusement ajusté à mesure que l'enfant grandit; sinon la contention serait bientôt illusoire.

Avec ces précautions, on constatera d'ordinaire que l'anneau se ferme petit à petit, mais on ne cessera l'emploi du bandage qu'au moins un an après la disparition de toute saillie de la cicatrice dans les efforts. Si, vers sept ou huit ans, la régression n'est pas survenue, et, à plus forte raison, si l'exomphale continue à augmenter de volume malgré le bandage, la cure radicale est indiquée et devra être pratiquée d'après les règles générales que nous donnerons pour le traitement des exomphales de l'adulte (1).

(1) Voy. CAHIER, Hernie ombilicale des nouveau-nés et des enfants (*Revue de Chir.*, 1895).

III. — HERNIES OMBILICALES DES ADOLESCENTS ET DES ADULTES.

Ces hernies ont donné lieu à des travaux nombreux, relatifs surtout à l'anatomie pathologique et au traitement (1).

Anatomie pathologique et pathogénie. — Au début de ce chapitre, quelques détails sont encore nécessaires pour la compréhension exacte des faits. D'après la majorité des chirurgiens, aujourd'hui, la hernie ombilicale de l'adulte doit être considérée dans tous les cas comme une simple variété d'éventration produite à travers l'anneau ombilical progressivement distendu : c'est toujours une hernie de faiblesse. D'autres, au contraire, avec Vidal (de Cassis), Richet et plus récemment Hugo Sachs, Kocher, nous-même, admettent que parfois, sinon toujours, cette hernie se produit à travers un véritable canal préformé, le *canal ombilical*, présentant, comme le canal inguinal et le canal crural, un trajet et deux orifices : dans ces cas elle réaliserait, par conséquent, le type habituel des hernies de l'intestin; et l'on pourrait observer à l'ombilic, à côté des omphalocèles dues au relâchement graduel des parois abdominales, de véritables *hernies de force* s'engageant brusquement dans un canal préparé par une malformation congénitale.

Sur quels arguments s'appuient les partisans de l'une et de l'autre opinion?

Réduite à ses éléments essentiels, la cicatrice ombilicale de l'adolescent et de l'adulte présente à la dissection, en allant par conséquent de dehors en dedans : d'abord la peau, froncée et déprimée en fossette, qui adhère par sa profondeur au pourtour d'un orifice persistant dans la ligne blanche. La peau enlevée et ses adhérences profondes coupées, cet orifice, ou anneau ombilical apparaît nettement.

Il a un contour plutôt quadrilatère qu'arrondi, d'un diamètre total de 1 centimètre au plus en comptant l'épaisseur de sa bordure fibreuse; sa lumière en gueule de four (Blandin) est de 2 milli-

(1) GOSSELIN, Leçons sur les hernies abdominales. — DUPLAY, De la hernie ombilicale, thèse de concours, 1866. — RICHARD, Du mode de conformation des hernies ombilicales, thèse de Paris, 1876. — MARDUEL, Art. Ombilic du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV. — F. GARNIER, Des accidents des hernies ombilicales, thèse de Paris, 1877. — TERRIER, Considérations cliniques sur la hernie ombilicale étranglée (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881). — HUGO SACHS, Die Fascia ombilicalis (*Arch. für path. Anat.*, Bd CVII). — P. SEGOND, Cure radicale des hernies. Paris, 1883. — CONDAMIN, Omphalectomie totale dans la cure radicale des hernies ombilicales (*Arch. prov. de chir.*, 1892). — CASTERET, Cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte, thèse de Lyon, 1892. — BRODIER, Cure radicale de la hernie ombilicale de l'adulte, thèse de Paris, 1893. — JABOULAY, La hernie ombilicale congénitale de l'adolescence et de l'adulte (*Lyon méd.*, 1892) et thèse de REY, Lyon, 1894. — BAUMELOU, La hernie ombilicale de l'adulte, thèse de Lyon, 1895. — DAURIAU, Cure radicale de la hernie ombilicale, thèse de Paris, 1896. — LEJARS, La hernie ombilicale étranglée (*Presse méd.*, 1896).

mètres environ. Cette lumière est comblée par une petite boule adipeuse en connexion plus ou moins intime avec les plans sus et sous-jacents. Si, maintenant, libérant l'anneau par sa périphérie, on examine sa face interne ou profonde, on la trouve renforcée de fibres arquées qui épaississent sa bordure et souvent se confondent totalement avec elles; le bord supérieur ou cintré de la lumière sur cette face interne de l'anneau est libre d'adhérences, tandis que, sur le bord inférieur ou horizontal, s'insèrent quatre cordons fibreux, vestiges de l'ouraque, des artères ombilicales et de la veine ombilicale. Les deux artères, situées symétriquement de part et d'autre de l'ouraque, se dirigent en bas, comme ce cordon, vers la vessie, en contractant des adhérences intimes avec les tissus voisins; au contraire, la veine remonte, en haut et en arrière, du côté du foie dans l'épaisseur du ligament falciforme, où elle est beaucoup plus lâchement unie au méso qui l'enveloppe. Entre le point d'implantation de ces cordons au rebord inférieur de l'anneau se creuse une fossette minuscule inconstante, la fossette intervasculaire, que l'on a trouvée exceptionnellement distendue en cupule par des hernies ou par de l'ascite. Reste le plan profond, le péritoine pariétal qui tapisse l'anneau comme le reste de la paroi abdominale, sans présenter ni modifications dans son épaisseur ou dans sa consistance, ni adhérences spéciales avec cet anneau; souvent même une nappe graisseuse l'en sépare chez les sujets obèses.

Telle est la disposition schématique de la cicatrice ombilicale de l'adulte: un orifice dans la ligne blanche, fermé en dehors par la peau, en dedans par le péritoine. Dans ces conditions, il est certain que si l'omphalocèle se produit par cet orifice, elle ne parcourt aucun trajet interstitiel dans la paroi, et se réduit à une simple éventration.

Mais, chez un grand nombre de sujets (143 sur 200, Hugo Sachs), à la face externe du péritoine on trouve, en outre, des fibres transversales de renforcement, émanées à droite et à gauche de l'aponévrose commune, à la face profonde des muscles droits. Ces fibres sont intimement soudées à la séreuse et passent en pont sur la ligne blanche, dont elles restent séparées par un espace virtuel garni de tissu cellulaire lâche. Elles représentent le *fascia ombilicalis de Richet*. En haut, elles se perdent d'ordinaire dans la ligne blanche et dans la gaine des droits à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, sans délimiter d'orifice net. Leur bord inférieur, au contraire, est très souvent tranchant. Il soulève le péritoine pour donner soit un pli saillant, à concavité inférieure, soit un véritable diverticule, qui remonte entre le fascia ombilicalis et la ligne blanche. Suivant le niveau auquel s'arrête le bord inférieur, l'orifice ombilical est protégé ou non par le fascia: tantôt ce dernier affleure seulement le bord supérieur de l'anneau, tantôt il recouvre partiellement l'orifice, tantôt enfin il descend au-dessous de lui; on comprend que, avec cette

dernière disposition, l'effraction de l'anneau par les hernies soit beaucoup moins facile qu'avec les deux premières. Voici, d'après Hugo Sachs, leur fréquence relative: sur 200 enfants de un mois à un an examinés à ce point de vue, le fascia ombilicalis existait 143 fois; 25 fois seulement il doublait totalement l'ombilic, 95 fois partiellement, et 19 fois il laissait l'orifice totalement à découvert, exposé sans soutien à toutes les causes de distension.

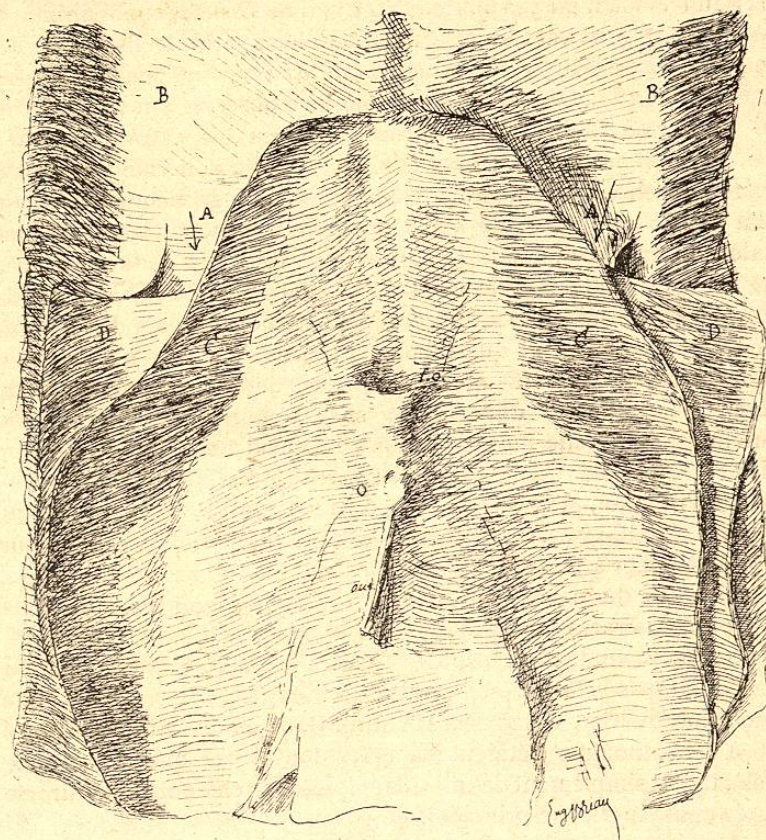


Fig. 103. — Canal ombilical. — A, gaines du droit antérieur; B, aponévroses et muscles grands obliques; C, aponévroses et muscles transverses; D, aponévrose et muscle petit oblique; O, ombilic; fo, fascia ombilicalis; our, ouraque. (Pièce sèche représentant les parois abdominales antérieures vues par le ventre, préparée par M. Jaboulay.)

Mais le fascia ombilicalis n'a pas que ce rôle de protection: l'espace laissé libre entre ses fibres propres et la face postérieure de la ligne blanche représente un véritable canal (*canal ombilical*), d'ordinaire oblitéré par en haut, ouvert par en bas, parfois, au contraire, ouvert en haut et fermé en bas, dans lequel l'intestin peut s'engager pour venir faire saillie à l'ombilic, après avoir parcouru, dans l'épaisseur de

la paroi abdominale, un trajet plus ou moins long. Cet engagement de l'intestin se réaliserait parfois aussi à travers l'écartement accidentel ou congénital des fibres de la paroi postérieure du canal.

Tel serait le type des hernies ombilicales indirectes, décrit par Richet, Gosselin, Duplay, et dont la réalité a donné lieu à tant de discussions. Que Richet ait été trop intransigeant en affirmant l'existence constante de ce canal dans la plupart des hernies ombilicales de l'adulte, cela n'est pas douteux; mais, d'autre part, la possibilité de cette existence ne saurait être mise en doute, comme l'avaient prétendu Pierron et Michel (de Nancy) dans la thèse de Richard. En voici un cas des plus nets qu'il m'a été donné d'observer sur le vivant, et qui a confirmé les données de plusieurs de mes dissections (fig. 103) :

Un jeune homme de dix-neuf ans, porteur d'une hernie ombilicale marronnée en même temps que d'une hernie inguinale congénitale subit la kélotomie pour des accidents d'étranglement, dans son omphalocèle. Après ouverture du péritoine au voisinage de la hernie par une incision verticale, l'exploration de l'orifice interne à la sonde cannelée conduisait dans un trajet obliquement ascendant de 4 à 5 centimètres de longueur et qui débouchait dans la cavité abdominale. D'autre part, une seconde incision verticale de la paroi antérieure de l'abdomen, pratiquée directement sur la hernie et suivant une hauteur égale à celle du trajet sous-péritonéal, montrait ce dernier fermé en arrière par une membrane fibreuse, soudée en bas au pourtour de l'ombilic, et se terminant en haut par un rebord libre à contours falciformes. L'épiploon hernié remplissait ce canal pour venir déboucher à la cicatrice ombilicale.

L'existence du canal ombilical rend compte également de faits beaucoup plus rares signalés par Terrier, Sängér, Quénu, Savariaud, Demons et Binaud, où le sac de la hernie ombilicale présentait un *diverticule propéritonéal* soit au-dessus (Sängér), soit au-dessous de la cicatrice (Terrier, Demons et Binaud). Dans ce diverticule profond de 6 à 8 centimètres s'étaient engagées, tantôt une anse intestinale (2 cas), tantôt simplement des masses épiploïques en continuité directe avec le contenu du sac principal.

La hernie ombilicale indirecte de Richet sert de transition entre les omphalocèles proprement dites et les *hernies adombilicales* de J.-L. Petit, Richter, Scarpa. Pour ces derniers chirurgiens, en effet, jamais l'intestin ne franchissait l'anneau ombilical lui-même; il s'engageait dans un orifice très voisin, mais distinct du précédent. Comme l'opinion de Richet, cette dernière est trop exclusive: elle repose seulement sur ce fait que, assez souvent, l'on observe des hernies de la ligne blanche au voisinage de l'ombilic, soit isolément, soit en concomitance avec une hernie ombilicale vraie.

En résumé, on peut observer au niveau de l'ombilic, par ordre de fréquence décroissante :

1° Des *hernies directes*, ou de faiblesse, passant à travers l'anneau et dues à la distension progressive de la cicatrice.

2° Des *hernies indirectes*, probablement dues à une disposition congénitale, cheminant dans le canal ombilical de Richet.

3° Enfin des *hernies directes compliquées*, soit d'une hernie de la ligne blanche à travers un orifice très voisin de l'ombilic, soit d'un diverticule sacculaire propéritonéal.

Le trajet des diverses hernies ombilicales étant ainsi défini, si l'on envisage maintenant la disposition du ou des anneaux, on constate qu'elle est des plus variables. Dans les hernies adombilicales, l'anneau, orifice accidentel de la ligne blanche, garde toujours des dimensions restreintes. De même, dans les hernies ombilicales indirectes, il est rare que l'orifice herniaire soit largement ouvert. Dans les hernies de faiblesse, au contraire, la cicatrice ombilicale se distendant progressivement, les contours de l'anneau s'élargissent de plus en plus, au point d'admettre parfois plusieurs doigts ou exceptionnellement la main entière. Et, comme la fixité et les adhérences de ces contours aux organes voisins sont beaucoup plus marquées sur la moitié inférieure de l'anneau que sur la moitié supérieure, il arrive que la hernie soit segmentée en deux ou trois folioles, dont les nervures, en dépression, correspondent à l'ouraque et aux artères ombilicales. La veine ombilicale, plus lâchement unie aux tissus voisins, suit beaucoup plus facilement l'ampliation de la hernie; et ce n'est que dans certaines omphalocèles énormes que son cordon se dessine en creux à travers les téguments. Quand la fossette intervasculaire elle-même a été distendue, on peut la reconnaître au petit dôme qu'elle forme parfois au sommet du sac. Enfin, suivant la disposition des fibres du fascia superficialis, qui relie les contours de l'anneau à la face profonde de la peau, le pourtour de la hernie peut être diversement festonné.

Dans les hernies indirectes récentes, il est encore possible de distinguer facilement chacun des anneaux aux deux extrémités du trajet; à la longue, pourtant, de même que dans les hernies inguinales et crurales, les deux orifices se rapprochent et tendent à se fusionner à mesure que la longueur du trajet diminue: d'où la difficulté de reconnaître, à ce moment, si la hernie fait issue directement à travers la cicatrice ombilicale, ou si elle passe d'abord par un canal ombilical. Cette apparence est une des raisons pour lesquelles on a pu nier l'existence des hernies canaliculées.

Le sac subit par la distension des transformations parallèles. Il n'est plus question aujourd'hui de croire, avec Dionis, Garengot, Petit, Richter, que l'omphalocèle des adultes puisse jamais être totalement dépourvue de sac. Au début, le sac existe toujours; mais alors, déjà, il adhère à la face profonde de la peau, et sa dissection est très délicate. Plus tard, comme sa fusion avec le pourtour de l'anneau fibreux l'empêche de glisser sur la hernie qui s'accroît, la séreuse s'amincit, en

même temps que sa doublure fibreuse s'éraïlle par éclatement, ou au contraire s'épaissit par inflammation. Dans le premier cas, le passage d'un peloton épiploïque ou le pincement latéral d'une anse deviennent possibles à travers la séreuse fissurée; et dans le second cas, on peut trouver le revêtement séreux détruit plus ou moins largement et le sac très épais, presque exclusivement fibreux et fusionné avec son contenu. C'est ce qui arrive surtout dans les vieilles hernies, au niveau desquelles la peau a été excoriée et ulcérée par les frottements; car dans toutes ces hernies ombilicales de l'adulte le sac n'est séparé de la peau que par une mince lame de tissu cellulaire, et parfois par une boule grasseuse, dont le rôle dans la production de la hernie, par traction sur le péritoine, est au moins discutable.

Le collet du sac est constitué par l'anneau ombilical lui-même, toujours adhérent à ce niveau, surtout dans la moitié inférieure de sa circonférence. Mais, à côté de ce collet proprement dit, on peut rencontrer, dans les hernies ombilicales étranglées, d'autres cloisonnements ou agents de striction. Ils sont dus soit à des adhérences épiploïques avec le sac, soit à des enroulements en anse de la veine ombilicale autour du contenu de la hernie (Cloquet, Duplay), soit enfin à des perforations produites dans les divers replis péritonéaux de l'épiploon et des mésos : l'agent d'étranglement doit être cherché alors dans l'intérieur du sac lui-même, surtout si l'on constate que le pédicule de la hernie est peu serré. Pourtant, l'existence de semblables cloisonnements ne se révèle parfois par aucun signe extérieur, et on ne la constate qu'au cours d'une opération de cure radicale, pratiquée en dehors de tous phénomènes d'étranglement.

Au point de vue du contenu du sac, il faut distinguer les petites hernies marronnées et les grosses omphalocèles. Pendant très longtemps les premières ne renferment que de l'épiploon, et, par intermittences, une portion d'anse intestinale; exceptionnellement (Gayraud, Gosselin, Polaillon), l'intestin seul était hernié, sans être accompagné par l'épiploon. Elles sont réductibles, d'ordinaire, en totalité, quoique très vite leur contenu contracte des adhérences avec le sac. Dans les grosses hernies, ces adhérences sont la règle; et presque toujours, avec l'épiploon, on trouve ici soit une ou plusieurs anses grêles, soit une portion du côlon transverse avec son méso distendu, soit même une portion de la grande courbure de l'estomac progressivement attirée par le grand épiploon. La présence d'un cæcum a été signalée à diverses reprises : dans un cas de hernie ombilicale enflammée nous sommes arrivés sur un appendice incarcéré dans la hernie, et ulcéré au centre d'un abcès sur le point de s'ouvrir à la peau.

A titre de curiosité, enfin, on a reproduit dans tous les traités classiques les observations de Léotaud et Murray, où l'utérus gravide avait, au cours de son ascension, progressivement réduit les viscères contenus dans une volumineuse hernie ombilicale pour prendre enfin

leur place et venir bomber à travers la cicatrice énormément distendue, constituant une *hystérocele ombilicale*.

Étiologie.

Dans son étude statistique sur les diverses hernies, M. Berger donne pour l'omphalocèle les chiffres suivants : sur 10 000 cas compulsés, la hernie ombilicale compte, dans la proportion générale, pour 11 p. 100, savoir :

	Au-dessus de 15 ans en pour 100.	Au-dessous de 15 ans en pour 100.	Ensemble en p. 100.
Hommes.....	2,15	22,42	5,46
Femmes.....	22,16	65,24	27,34
Ensemble.....	7,45	31,02	11,02

D'après les publications de la Société des bandages de Londres, cette proportion serait beaucoup moins élevée; elle correspondrait seulement à 3, 20 p. 100 de l'ensemble de toutes les hernies observées à tous les âges. Et Macready ajoute que, suivant le sexe, la fréquence varie de 1,14 p. 100 (homme) à 15 p. 100 (femme).

Malgré l'écart de ces statistiques, une constatation s'en dégage : c'est que la hernie ombilicale se rencontre beaucoup plus fréquemment *chez la femme*. La hernie ombilicale isolée peut même être considérée comme l'apanage des femmes grasses, à parois abdominales relâchées par des grossesses multiples : M. Berger compte que sur 494 hernies ombilicales observées dans le sexe féminin au-dessus de l'âge de quinze ans, 438 fois la hernie ombilicale existait seule. Dans 14 cas elle était associée à une hernie inguinale simple, dans 20 cas à une hernie inguinale double, dans 13 cas à une hernie crurale, dans 2 à une hernie crurale double, dans 2 autres à une hernie de la ligne blanche. Ce dernier chiffre serait probablement inférieur à la réalité si l'on comptait parmi les hernies de la ligne blanche celles qui se produisent tout au voisinage de la cicatrice ombilicale, et qui avaient été décrites comme des hernies adombilicales.

Sur ces 494 femmes, 429 avaient eu des grossesses et 377 des grossesses multiples : la plupart des dernières remarquaient elles-mêmes que chaque grossesse nouvelle ou plutôt chaque accouchement avait été l'occasion d'une augmentation du volume de leur hernie se produisant surtout pendant les dernières semaines et après les efforts de la parturition. Chez plusieurs femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, l'apparition et l'accroissement de la hernie s'étaient trouvés favorisés par le développement de grosses tumeurs abdominales, fibromes, kystes ou tumeurs solides de l'ovaire. M. Berger démontre enfin, par un tracé des plus caractéristiques, comment l'omphalocèle de la femme, excessivement fréquente durant les premières années de la vie, où elle

correspond à un défaut d'occlusion de l'anneau ombilical, devient très rare jusqu'à la trentaine, du fait des guérisons spontanées qui se produisent pendant la deuxième enfance, pour réapparaître brusquement vers la quarantaine comme conséquence des grossesses répétées et de l'obésité.

Chez l'homme, les conditions d'apparition et les degrés de concomitance avec d'autres hernies diffèrent complètement. Sauf chez les vieillards obèses, à ventre tombant, où la pathogénie de l'omphalocèle est la même que chez la femme, presque toujours ici la hernie ombilicale est associée à des hernies inguinales congénitales, ordinairement doubles. Sur 134 cas (Berger), 15 fois seulement l'omphalocèle existait seule; dans les 119 autres, elle se combinait 12 fois à une hernie inguinale simple, 95 fois à des hernies inguinales doubles. Et comme au-dessus de quinze ans l'apparition de la hernie ombilicale chez l'homme est exceptionnelle, et que, d'autre part, les hernies directes de la première enfance par défaut de cicatrisation de l'anneau guérissent spontanément chez lui comme chez la femme; enfin, comme la plupart des omphalocèles canaliculées ont été signalées dans le sexe masculin, il est permis de conclure que l'omphalocèle de l'homme adulte doit être rapprochée des hernies inguinales congénitales qui l'accompagnent presque toujours, et qu'elle est due comme ces dernières à l'occlusion d'un canal péritonéal, qui est ici le canal ombilical. — L'engagement de l'intestin dans ce canal est d'ordinaire réalisé à la suite d'un effort ou d'un mouvement brusque: aussi les étranglements d'emblée ne sont-ils pas exceptionnels dans ces hernies congénitales.

Symptômes. — Les signes classiques de l'omphalocèle sont ceux de toutes les hernies: la tumeur siège au niveau de la cicatrice ombilicale, ordinairement dépliée et saillante. La station verticale prolongée et les efforts la maintiennent en dehors et accroissent progressivement son volume, tandis que le décubitus horizontal et la pression de la main à plat, dirigée d'avant en arrière, en déterminent la réduction, avec ou sans gargouillement, tant qu'il n'y a pas d'adhérences entre le sac et son contenu. La hernie réduite, les contours rigides de l'anneau sont facilement perceptibles au doigt à travers la peau du nombril.

Ces signes physiques ne sont pas toujours aussi nets, surtout chez les sujets obèses, dont la cicatrice occupe normalement le fond d'une dépression considérable, au sein de la couche graisseuse sous-cutanée; si bien que chez eux la hernie peut déplier notablement cette cicatrice sans pourtant former de relief à l'extérieur. Dans ces cas, l'examen du malade placé debout et de profil, suivant la pratique de Vidal (de Cassis), permettra de constater la moindre déformation de la région; de plus, en cherchant à attirer en avant la peau de la région ombilicale saisie largement, comme pour la détacher des

plans profonds, souvent on mettra en évidence dans la profondeur le léger relief d'une hernie enfouie dans la graisse; toujours d'après Vidal (de Cassis), enfin, l'auscultation ferait percevoir durant les grandes expirations du malade soit un léger gargouillement lorsqu'une portion d'anse intestinale occupe la hernie, soit plutôt un frémissement dû au frottement les uns sur les autres des lobules adipeux de l'épiploon.

Mais ces hernies enfouies sont encore plus facilement soupçonnées par les signes fonctionnels qu'elles déterminent d'ordinaire avec une intensité considérable, étant donné leur faible volume.

De même que les petites hernies de la ligne blanche, elles causent des troubles réflexes divers: douleurs et élancements à la pression, névralgies spontanées de la paroi abdominale, pesanteur et flatulence après les repas, constipation opiniâtre, etc. — D'après ce que j'ai pu observer, ces signes subjectifs sont surtout accentués dans les *hernies congénitales canaliculées* de l'homme adulte: rapprochés des conditions d'apparition de l'omphalocèle, ils pourraient en faire soupçonner l'origine exacte.

Quant aux *hernies adombilicales*, Richter prétendait les reconnaître aux caractères suivants: « L'anneau ombilical est rond, et la hernie qui passe à travers a cette forme; la fente dans la ligne blanche est toujours allongée, et la hernie qui passe à travers l'est aussi. Les bords de l'anneau ombilical sont plus épais, plus fermes, que ceux de la fente dans la ligne blanche. L'on peut, lorsque la hernie n'est pas trop volumineuse et ne recouvre pas entièrement l'anneau ombilical, sentir ordinairement cet anneau sur le côté de la hernie. » De toutes ces distinctions, la dernière seule a une réelle valeur; et il vaudra mieux rechercher au palper la situation exacte de l'orifice herniaire par rapport à l'anneau ombilical, que de s'en remettre, comme le faisait Gosselin, à l'aspect extérieur de la cicatrice. Suivant Gosselin, dans les hernies adombilicales la cicatrice n'est pas dépliée, car ce n'est pas elle qui supporte directement les efforts de distension; de plus, elle reste dans sa situation normale ou, quand elle se déplace, c'est du côté opposé à celui où s'est développée la tumeur herniaire.

Telles sont les hernies de petit et de moyen volume. Les grosses hernies de faiblesse ont une symptomatologie beaucoup plus variée, suivant qu'elles contiennent simplement de l'épiploon, ou une portion du côlon, de l'estomac, de l'intestin grêle, voire le cæcum ou l'utérus. Il est d'ordinaire impossible de préciser à l'examen extérieur quelle est la portion du tube digestif qui se trouve engagée dans l'anneau; toutefois on pourra soupçonner la présence de l'estomac au son tympanique et aux vomissements très rapprochés des repas. Les hernies les plus grosses ne sont pas les plus douloureuses; mais ce sont celles qui donnent lieu aux complications les plus nombreuses et les plus graves.