

pour tenter le taxis, faire trop fléchir la cuisse du côté de la hernie, car alors celle-ci disparaît au milieu de l'embonpoint des parties molles et devient trop difficile à saisir.

Dans les cas d'insuccès du taxis, et ils sont fréquents, le chirurgien devra aussitôt avoir recours à la kélotomie. Nous n'avons pas le projet de décrire en détail les différents temps opératoires : nous ne devons insister que sur les parties importantes. Le débridement mérite quelques observations. Nous avons vu, en effet, en étudiant les rapports du collet du sac, que l'orifice herniaire est entouré d'un cercle vasculaire plus ou moins complet. Aussi, les blessures de ces vaisseaux pendant l'opération peuvent donner lieu à des hémorragies parfois redoutables. Pour les éviter, on devra faire porter le couteau sur le bord inférieur de l'anneau. Mais il sera plus sûr d'avoir recours aux débridements multiples et peu profonds; ou bien encore de faire une très légère incision, qui permettra de dilater ensuite l'anneau par éraïllement, en exerçant une distension avec un instrument mousse.

Le rôle important pris par les anneaux dans l'étranglement crural a porté certains chirurgiens à pratiquer, surtout à la région crurale, la kélotomie sans ouverture du sac. Mais la rapidité d'évolution des lésions intestinales, et surtout la bénignité relative des plaies du péritoine, grâce aux précautions antiseptiques, ont fait, aujourd'hui, rejeter complètement cette méthode pour revenir à la kélotomie complète. Celle-ci a l'avantage de permettre au chirurgien de se rendre compte exactement de l'état de l'intestin et d'en pratiquer la réduction ou la non-réduction à bon escient.

Enfin, il faut ajouter que l'on doit terminer la kélotomie par la cure radicale. D'ordinaire, en effet, la dissection totale du sac est assez facile dans la hernie crurale. On pourra donc, après en avoir fait la ligature au-dessus du collet, en pratiquer l'extirpation totale. Du reste, cette cure radicale a été employée assez souvent et ne rend nullement plus dangereuse l'opération de la kélotomie. Elle est ordinairement suivie de bons résultats.

### § 3. — Hernies ombilicales.

On désigne sous le nom de hernie ombilicale toute tumeur en rapport avec l'ombilic et contenant, dans son intérieur, un ou plusieurs viscères abdominaux.

Cette définition comprend non seulement les hernies qui se font par l'anneau ombilical, mais encore les hernies para-ombilicales qui passent par les éraillures de la paroi existant au voisinage de l'orifice ombilical. Toutes ces hernies sont désignées sous le nom d'*exomphales*, *omphalocèles*, *éventration ombilicale*, etc.

Le développement des parois abdominales joue un rôle prépondérant

dans la formation de la hernie ombilicale; nous devons donc en résumer les diverses périodes. Dans les premiers mois de la vie embryonnaire, le corps de l'embryon forme une gouttière largement ouverte en avant; les parois abdominales existent à peine sur les parties latérales. Elles limitent une vaste ouverture par laquelle s'échappent une partie de la masse intestinale et des viscères abdominaux ainsi que les pédicules des vésicules ombilicale et allantoïde.

A partir du troisième mois environ, ces parois deviennent assez développées pour que l'ombilic soit réduit à un anneau plus ou moins ouvert, par lequel passe seulement le cordon ombilical. La cavité du ventre est assez grande pour contenir normalement tous les viscères.

Après la naissance, le cordon se sépare de la paroi par un mécanisme spécial. La cicatrice ombilicale se forme et se constitue peu à peu, et pendant toute cette période de formation, elle est peu résistante et permet aisément la production de hernies.

Cette période terminée, l'anneau ombilical est définitivement constitué, il s'établit, entre les vestiges des vaisseaux ombilicaux et la paroi, des adhérences solides dont l'ensemble forme la cicatrice ombilicale.

Il peut survenir des hernies ombilicales pendant chacune des périodes du développement de l'anneau que nous venons d'indiquer. Aussi, suivant le moment de leur apparition, les hernies ombilicales se divisent en deux grandes classes : 1° les hernies *congénitales*, existant au moment de la naissance, subdivisées à leur tour en embryonnaires et fœtales; 2° les hernies *acquises*, qui présentent elles-mêmes deux variétés, les hernies des enfants et celles des adultes.

#### 1° HERNIES CONGÉNITALES.

Aussi bien au point de vue du mécanisme de leur formation que de leur constitution anatomique, les hernies ombilicales congénitales doivent être divisées en deux variétés principales : les hernies embryonnaires et les hernies fœtales.

Les premières ne sont pour ainsi dire que des éventrations et non de véritables hernies : elles sont dues à un véritable arrêt de développement de l'ombilic, survenant au moment où les viscères sont, en totalité ou en partie, au dehors de la cavité abdominale.

Les hernies fœtales sont des hernies vraies, dans lesquelles l'intestin sort de l'abdomen à travers un orifice incomplètement fermé.

Elles présentent toutes deux un caractère commun : leur enveloppe extérieure est formée par la gaine du cordon et son enveloppe amniotique. Au-dessous de cette couche extérieure, existe une certaine épaisseur de gélatine de Wharton, séparant cette membrane extérieure d'une membrane interne très mince, transparente, formant le véritable sac de la hernie et très différente dans chaque variété.

Dans les hernies embryonnaires, qui apparaissent avant la formation des parois abdominales et par conséquent du péritoine, cette enveloppe interne est constituée par la *membrane primitive de Ratke*, qui précède la véritable paroi abdominale.

Dans la variété fœtale, c'est au contraire un vrai sac herniaire formé par le péritoine très mince, distendu, libre ou adhérent aux viscères.

Dans les deux cas, ce sac est très mince, et souvent il peut se rompre dans l'amnios spontanément ou pendant l'accouchement.

L'orifice herniaire est, dans la variété fœtale, un anneau ombilical incomplètement fermé, mais présentant tous les caractères d'un orifice normal. Au contraire, dans la variété embryonnaire, il est constitué par une ouverture plus ou moins grande, plus ou moins irrégulière des parois abdominales, mais il n'offre pas toujours l'aspect de l'anneau fibreux ombilical.

Dans tous les cas de hernies congénitales, le cordon semble s'insérer sur la tumeur herniaire, tantôt à son sommet, tantôt sur une des parties latérales. Les éléments en sont quelquefois dissociés, surtout quand il s'agit de volumineuses hernies embryonnaires; quelquefois réunis, principalement dans les cas de hernies fœtales petites avec insertion latérales du cordon.

Le contenu de la hernie varie suivant ses variétés et ses dimensions.

Dans les grandes hernies embryonnaires, qui sont plutôt des cas de tératologie que des faits pathologiques, on peut trouver dans la tumeur tout le foie, la plus grande partie de la masse intestinale et même quelquefois le cœur.

Dans les hernies de volume moyen, on rencontre souvent une portion de la glande hépatique, une ou plusieurs anses intestinales, une partie de l'estomac, quelquefois même le cœcum. Enfin, les petites hernies embryonnaires ou fœtales ne contiennent, en général, que de l'intestin. Il faut noter que jamais on n'y rencontre d'épiploon, qui ne se développe, du reste, que dans la première année après la naissance. Les anses intestinales sont tantôt libres, tantôt adhérentes. On a quelquefois signalé aussi des traces d'inflammation, exceptionnellement les lésions de l'étranglement. Dans quelques cas très rares, il existe dans la hernie, avec l'intestin, une espèce de diverticule intestinal, qui n'est que le vestige anormalement persistant du pédicule vitello-intestinal. Enfin, on a encore signalé dans la hernie la présence de l'ouraqua dilaté et resté perméable qui constitue l'exomphale urinaire.

*Étiologie.* — Il est absolument prouvé que la hernie congénitale, surtout dans la variété embryonnaire, est due à une seule et unique cause : un arrêt de développement des parois abdominales. Quelles sont les causes de cet arrêt de développement? Plusieurs théories ont été émises. On a invoqué, tour à tour, une rétraction d'origine nerveuse des

muscles abdominaux (J. Guérin), une péritonite adhésive (Simpson), la compression du fœtus ou les attitudes vicieuses intra-utérines (Cruveilhier). Aucune de ces explications n'a été réellement prouvée. Peut-être cependant cette théorie purement mécanique de Cruveilhier serait-elle probable dans certains cas de hernies fœtales. On sait, en effet, d'après les expériences de Scarpa, que les tiraillements du cordon et la compression des viscères favorisent la formation d'un sac ombilical.

*Symptômes et diagnostic.* — Dans certains cas, la hernie congénitale se présente sous la forme d'une énorme tumeur, à parois plus ou moins transparentes, contenant le plus grand nombre des organes abdominaux. La peau, arrêtée dans son développement, forme un bourrelet circulaire enserrant le pédicule de la hernie comme un collet. Ce sont là de véritables monstruosités ordinairement incompatibles avec l'existence, des cas tératologiques : il s'agit, alors, toujours de hernies embryonnaires. D'autres fois, si le fœtus n'est pas mort-né, ces énormes hernies peuvent entraîner la mort au moment de la chute du cordon, et cela par ouverture du péritoine et péritonite suraiguë. Cependant, dans quelques rares cas, il y a eu survie. Alors le sac herniaire subsiste après la chute du cordon, il bourgeonne et donne naissance à une cicatrice qui réduit même partiellement le volume de la hernie.

Dans les cas de volume moyen, la hernie est molle, plus ou moins sonore suivant la quantité d'intestin qu'elle contient, mate par places et solide quand elle renferme une portion plus ou moins considérable du parenchyme hépatique. En effet, la réductibilité de la tumeur est variable, parfois complète, mais souvent aussi incomplète ou nulle. D'ailleurs, les hernies fœtales sont le plus souvent réductibles, tandis qu'au contraire les hernies embryonnaires sont ordinairement irréductibles. Cette irréductibilité tient, tantôt à la présence du foie, tantôt au peu de développement de la cavité abdominale, quelquefois même à la présence d'adhérences entre les viscères et le sac.

Quand la hernie ombilicale congénitale est petite, elle est ordinairement d'origine fœtale : dans ce cas, elle renferme une petite portion d'intestin, elle est sonore, molle, élastique et réductible. Le plus souvent alors elle guérit spontanément; cependant quelquefois, grâce à son petit volume, elle peut passer inaperçue, et le chirurgien peut comprendre cette petite anse intestinale dans la ligature du cordon, ce qui amène des accidents d'étranglement. Cet accident existe souvent aussi dans une variété de hernie embryonnaire de très petit volume, ce sont les hernies diverticulaires. Cependant on peut aussi les reconnaître, soit à l'épaisseur plus considérable du cordon, soit à l'existence d'un gargouillement à sa base quand on le presse entre les doigts.

A part celui qui succède à la cause que nous venons d'indiquer, l'étranglement est rare dans la hernie congénitale. En général, quand il existe, les symptômes ne sont pas très accusés. On voit survenir le plus

souvent un abcès stercoral et une fistule donnant issue à des matières jaunâtres d'aspect fécaloïde, qui guérit d'ordinaire spontanément. Mais, si l'étranglement est rare, en revanche, on y observe assez souvent des phénomènes d'*inflammation*. Celle-ci peut amener parfois des adhérences d'où résulte une irréductibilité plus ou moins complète, mais elle peut entraîner aussi une péritonite généralisée qui se termine ordinairement par la mort du petit malade.

Quant à l'exomphale urinaire, quand il existe, il se reconnaîtra quelquefois à l'existence d'une tumeur liquide, fluctuante, à la base du cordon, se continuant avec l'ouraque.

*Pronostic.* — Il varie suivant le volume de la hernie et sa variété.

Les hernies fœtales et réductibles sont d'un pronostic très variable. La guérison spontanée est la règle. Les énormes hernies embryonnaires, qui sont de véritables monstruosité, sont au contraire du pronostic le plus grave, et souvent incompatibles avec l'existence. Nous avons vu que, dans quelques rares cas, la guérison avait pu survenir.

Les hernies moyennes sont d'un pronostic variable, suivant leur degré de réductibilité; nous savons, en effet, que souvent la chute du cordon est l'origine d'une péritonite mortelle.

Enfin, les hernies petites, passant inaperçues, peuvent avoir une issue funeste si elles sont comprises dans la ligature du cordon. Le pronostic des accidents est assez grave, puisque la mort peut survenir, soit par le fait de l'inflammation, soit par le fait de l'étranglement. Cependant, dans l'un et l'autre cas, il existe un certain nombre de guérisons.

*Traitement.* — Si la hernie est volumineuse, le chirurgien doit surveiller attentivement la chute du cordon et essayer, en le soustrayant au contact de l'air, de prévenir ou de modérer les accidents inflammatoires et la péritonite qui en résulte. Mais l'âge du sujet et la gravité de l'affection lui laissent peu de ressources. Dans le cas de hernie petite et réductible, il faudra lier le cordon assez loin de la tumeur, afin d'éviter l'enserrement dans la ligature d'une petite anse ou d'un diverticule intestinal. Il conviendra de soutenir la hernie par un bandage compressif très peu serré. Le cordon tombé, la compression pourra suffire comme traitement curatif.

Dans certains cas la ligature du sac, après réduction de l'intestin, a pu amener des guérisons complètes; mais elle peut être dangereuse et devra n'être employée qu'exceptionnellement; dans les cas qui doivent guérir, la compression suffit ordinairement.

Enfin on a pu, dans quelques rares cas, dans les cas de hernie irréductible et de rupture spontanée du sac surtout, réduire les viscères et suturer les bords de l'orifice. Cette intervention, qui a donné quelques succès, a parfois été suivie de mort.

## 2° HERNIES OMBILICALES ACQUISES.

On désigne sous le nom de hernies acquises toutes celles qui se montrent après la naissance. Mais, pendant la première et même la seconde année de l'existence, le travail de cicatrisation qui suit la chute du cordon et qui aboutit à la formation de l'anneau et de la cicatrice ombilicale crée des conditions particulières au développement des hernies de l'ombilic. Aussi, faut-il décrire à part celles qui se montrent pendant cette période. De là, deux variétés très distinctes : la hernie des enfants et celle des adultes.

*A. Hernie ombilicale des enfants.* — Après la chute du cordon qui se fait par un mécanisme sur lequel nous n'avons pas à revenir ici, l'anneau ombilical, formé par un orifice fibreux, est tenu largement ouvert par la présence des vaisseaux ombilicaux et de l'ouraque qui le traversent. Cet anneau est renforcé sur sa face profonde par des faisceaux fibreux assez serrés et qui prennent peu à peu l'aspect de véritable tissu inodulaire. Les cordons fibreux qui résultent de l'oblitération des artères ombilicales et de l'ouraque adhèrent en partie à la demi-circonférence inférieure de l'anneau, en partie aux fibres aponévrotiques de la région voisine et à la face profonde de la cicatrice cutanée. Les faisceaux fibreux qui proviennent de la veine ombilicale adhèrent rarement au bord supérieur de l'anneau. Entre cette veine et la demi-circonférence supérieure, existe ordinairement un espace libre plus ou moins comblé par un peloton adipeux. Ce n'est que lorsque l'anneau a subi sa rétraction complète, que les adhérences se développent de plus en plus, et que la cicatrice ombilicale maintenue par les cordons fibreux suffit à oblitérer complètement l'anneau ombilical. Ce travail dure pendant quelques mois, quelquefois même jusqu'à la fin de la première année.

C'est ordinairement par l'anneau lui-même que se font les hernies de l'enfance, et plus spécialement par le passage naturel existant entre la veine ombilicale et la demi-circonférence supérieure de l'anneau. Quelquefois cependant, elle peut sortir par le centre même de l'anneau en dissociant les vestiges des vaisseaux; elle laisse alors la veine en haut, les vaisseaux ombilicaux et l'ouraque en bas. La tumeur prend alors une forme trilobée, les vaisseaux affectent le même rapport que dans la hernie congénitale. Cependant, le plus souvent, la surface est lisse et unie.

Le sac péritonéal est constant dans cette variété. Mais, à cause de l'adhérence naturelle du péritoine au pourtour de l'anneau, ce sac se forme uniquement par la distension du feuillet séreux qui tapisse la face postérieure de la cicatrice ombilicale. Aussi est-il toujours extrêmement aminci, et à tel point, que pendant longtemps on a nié son existence. Le péritoine est séparé de la peau par une couche cellulaire très

mince, qui tend à disparaître à mesure que la hernie se développe. Superficiellement, enfin, se trouve la peau distendue dont la minceur est en rapport avec le volume de la hernie. La cicatrice ombilicale, souvent dépliée et étalée, se trouve tantôt au sommet, tantôt sur les parties latérales de la tumeur.

La hernie de l'enfance contient ordinairement une ou plusieurs anses de l'intestin grêle ou une partie du colon transverse. Rarement, on y a signalé la présence du cæcum ou de diverticules intestinaux. L'épiploon ne peut y exister que si la hernie apparaît au delà du sixième mois : jusque-là il est trop rudimentaire pour s'engager dans une hernie même ombilicale.

Cette hernie se rencontre surtout chez les enfants qui ont un certain retard dans le développement de l'anneau ombilical. Elle serait favorisée par l'existence d'un cordon mou et volumineux et s'observerait chez les enfants dont la peau du ventre se prolonge davantage sur le cordon. Elle apparaît surtout entre le deuxième et le sixième mois. Elle se voit quelquefois dans les premières semaines de la vie, rarement au delà d'un an. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence sur sa production. Certaines races, et en particulier la race nègre, y seraient plus prédisposées. Les enfants mal nourris, aux constipations opiniâtres, au ventre volumineux, y seraient plus sujets. Parmi les causes occasionnelles, on a signalé la toux, les cris prolongés, les efforts de défécation trop répétés, le décubitus abdominal et l'action des bandages abdominaux trop serrés, exagérant la pression intra-abdominale. L'ascite, les tumeurs du ventre en favoriseraient aussi la formation.

Ordinairement petite, dépassant rarement le volume d'une noix, la hernie ombilicale des enfants est tantôt arrondie, tantôt conique, cylindroïde. Elle devient alors oblique en bas et en avant ; le collet est à la partie supérieure. A sa surface, au sommet ou sur les côtés, la cicatrice déprimée forme un stigmatte blanchâtre. La forme trilobée n'existe que si la cicatrice est au sommet. La hernie est molle, se tend dans l'effort, diminue ou disparaît par le repos ou le décubitus dorsal. Elle se réduit à la moindre pression. Elle est presque toujours indolente et ne donne que très rarement lieu à quelques phénomènes fonctionnels.

Elle peut quelquefois devenir irréductible à la suite de phénomènes inflammatoires, ayant donné lieu à la production d'adhérences ; mais ces faits sont rares. On ne connaît aucun cas d'étranglement.

La marche naturelle de la maladie est la tendance à la guérison spontanée. Celle-ci se produit par le développement naturel de l'anneau ombilical qui se rétracte peu à peu, formant progressivement une cicatrice suffisamment solide pour contenir les viscères. Cependant on peut et on doit aider à cette marche naturelle par une contention aussi com-

plète que possible, et en évitant aux enfants les efforts répétés et les cris trop prolongés.

Le diagnostic en est ordinairement très facile. Cependant les hernies très petites peuvent passer inaperçues à un examen trop superficiel. On peut les confondre avec une dilatation de l'ouraque restée perméable, avec l'exagération du prolongement cutané sur la base du cordon formant une sorte de prépuce ombilical. Enfin, l'élargissement en losange de la ligne blanche au niveau de l'ombilic peut produire une déformation qui ressemble à une hernie. Ces tumeurs se distinguent facilement de la hernie à un examen attentif.

Le pronostic en est éminemment favorable, puisque la guérison spontanée est la règle et que l'étranglement n'y existe pas.

**Traitement.** — La cure radicale doit être repoussée, car la contention suffit d'ordinaire à amener la guérison définitive.

Cette contention doit être faite avec un appareil aussi simple que possible : pelote de ouate maintenue par une large bande de diachylon, bandage élastique de Galante, ceinture large en caoutchouc portant à son centre une pelote en caoutchouc. Tous les bandages sont bons, à condition qu'ils tiennent en place : ordinairement, les ceintures les plus larges, embrassant près de la moitié de la hauteur du ventre, sont celles qui sont le moins sujettes à se déplacer. L'appareil, quel qu'il soit, doit être porté continuellement et, s'il est bien maintenu, la guérison s'obtient ordinairement en moins d'un an.

**B. Hernie ombilicale des adultes.** — Les hernies des adultes présentent deux grandes variétés. Les unes sont des hernies de l'enfance, qui, par exception, ne se sont pas terminées par la guérison pendant le premier âge. Elles ressemblent en tout aux hernies de l'enfance et ne méritent pas d'être étudiées à part.

Les autres apparaissent après la formation complète de la cicatrice. Elles ont un mécanisme et une marche clinique propres.

**Trajet herniaire.** — La hernie ombilicale des adultes se fait tantôt par l'anneau ombilical lui-même, tantôt, au contraire, par des orifices de la ligne blanche située au voisinage de cet anneau. A l'encontre de l'opinion ancienne, il est aujourd'hui démontré que les hernies ombilicales vraies sont beaucoup plus fréquentes que les autres : cependant il existe assez fréquemment des hernies *adombilicales*. Elles sont sus-ombilicales, sous-ombilicales ou péri-ombilicales, suivant qu'elles sortent par des éraillures de la paroi existant au-dessus, au-dessous ou sur les côtés de l'anneau.

Quand elles sortent par l'anneau, les hernies se font ordinairement au niveau du point faible qui existe entre le cordon de la veine ombilicale et la demi-circonférence supérieure de l'anneau. Cet espace est ordinairement occupé par un peloton graisseux, comme nous l'avons vu à propos de la hernie des enfants.

D'après le professeur Richet, avant d'arriver à l'anneau, la hernie traverserait une sorte de canal, le canal ombilical, compris entre la face postérieure de la ligne blanche et le péritoine doublé du fascia ombilicalis et s'étendant depuis l'anneau jusqu'à une distance de 3 à 5 centimètres de celui-ci. Mais ce canal n'existe pas toujours, et même quand il existe, on a souvent constaté que les hernies ne le parcouraient pas; elles se font quelquefois directement à travers l'anneau. Du reste, dans les hernies anciennes et volumineuses, ce trajet se détruit et s'efface; ici, comme ailleurs, les hernies primitivement obliques ont tendance à se transformer en hernies directes. Enfin certaines hernies, au lieu de passer par le point faible signalé plus haut, traversent le centre de la cicatrice entre la veine laissée en haut et les artères ombilicales situées au-dessous.

L'anneau ombilical, siège d'une hernie, est ordinairement distendu et dilaté. Dans les grosses hernies de cette région il peut atteindre un diamètre de 5 à 6 centimètres. — Les orifices accidentels des hernies adombilicales, primitivement linéaires, prennent peu à peu une forme arrondie et de dimensions égales à celles de l'anneau.

Le volume des hernies ombilicales est très variable. Tantôt assez petites pour passer inaperçues, elles peuvent quelquefois dépasser les dimensions d'une tête d'adulte; ordinairement elles ont un volume moyen variant entre celui d'une pomme et celui des deux poings réunis.

La forme est aussi très variable. Le plus souvent arrondie et sessile, la hernie peut se pédiculiser, s'allonger et même se lobuliser quand elle est très volumineuse. Quelquefois on a, comme chez l'enfant, une véritable hernie trifoliée.

Les enveloppes sont constituées par la peau, le tissu cellulaire et le péritoine.

La peau est fine, mince, plus ou moins distendue. La cicatrice ombilicale non déplacée existe ordinairement sur un des côtés de la tumeur.

Le tissu cellulaire très aminci arrive à disparaître dans les hernies très volumineuses. Dans ce tissu on trouve les cordons fibreux vestiges des vaisseaux ombilicaux et de l'ouraque, habituellement rejetés sur la face inférieure de la hernie.

Le sac, très aminci et distendu, est quelquefois absolument adhérent aux enveloppes superficielles. Le collet, ordinairement arrondi, se moule sur l'anneau fibreux auquel il adhère plus ou moins étroitement. Le corps du sac très mince a pu quelquefois être méconnu; il est formé par distension. La cavité du sac est tantôt unique, tantôt multiloculaire ou cloisonnée. On trouve quelquefois des hernies multiples ayant chacune un sac indépendant. Il peut y avoir aussi des sacs à collets multiples. Enfin, dans un cas dû à Terrier (1881), il existait un sac propéritonéal.

Le contenu de la hernie est très variable, mais d'habitude c'est une entéro-épiplocèle. La présence de l'épiploon, dans la hernie des adultes, est un fait à peu près constant. Tantôt étalé, tantôt en forme de bouchon ou de brides, il peut exister en quantité très variable. Parfois même et plus souvent que dans les hernies des autres régions, on trouve ici un sac épiploïque doublant le sac péritonéal. Les parties de l'intestin le plus fréquemment observées dans la hernie ombilicale sont le côlon transverse et l'intestin grêle. La quantité d'intestin contenue est très variable et en rapport avec le volume de la tumeur. Dans quelques cas on a noté dans ces hernies la présence d'une portion de l'estomac, du ligament falciforme du foie et même une portion de la glande hépatique ainsi que le ligament suspenseur du foie avec la veine ombilicale. Enfin, dans certaines hernies survenues pendant la grossesse, on a pu rencontrer une portion de l'utérus gravide (Léotaud, 1855 — Murray, 1861).

Il existe aussi à la région ombilicale de véritables hernies graisseuses qui sont presque toujours formées par les appendices graisseux du péritoine.

Ces hernies graisseuses se font tantôt par l'anneau lui-même, tantôt par les éraillures de la ligne blanche au pourtour de l'ombilic.

*Étiologie.* — Les hernies ombilicales sont beaucoup moins fréquentes que les inguinales ou les crurales. Elles se montrent beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme. Cela tient évidemment à ce que la femme est plus sujette aux maladies et tumeurs de l'abdomen qui, modifiant les conditions de la pression intra-abdominale, favorisent la production de cette hernie. Toutes les tumeurs abdominales et principalement les kystes de l'ovaire et les corps fibreux agissent dans ce sens. Il en est de même de la grossesse qui amène, comme l'on sait, des modifications importantes de la cicatrice ombilicale. L'ascite, l'adiposité exagérée des parois abdominales causent aussi une sorte de dilatation de l'anneau qui facilite la formation des hernies. Enfin les hernies graisseuses ne sont souvent que le premier degré des hernies véritables.

*Symptômes.* — Les hernies de l'ombilic constituent des tumeurs extrêmement variables de forme et de volume. Tantôt lisses et arrondies, tantôt bosselées, elles peuvent quelquefois être trilobées, ou cylindroïdes avec leur extrémité libre dirigée en bas. Le pédicule se trouve à la partie supérieure de la tumeur. Leur forme d'ailleurs varie suivant leur volume. Ce sont les petites hernies qui sont lisses et arrondies, les autres changent de forme à mesure qu'elles s'accroissent. Nous avons déjà vu que leur volume peut arriver quelquefois à dépasser une tête de fœtus et même une tête d'adulte. En général, ces énormes hernies sont très anciennes et irréductibles. La cicatrice ombilicale, plus ou moins déprimée, existe soit au sommet, soit sur les parties latérales de la tumeur.