

tumeur, on ne peut isoler le sac et l'on arrive d'emblée sur l'intestin : c'est ce qui a fait dire que la hernie ombilicale n'avait pas de sac, assertion inexacte. La vérité est que le sac de cette hernie diffère de ceux des hernies inguinale et crurale en ce que, sur certains points, il se confond avec la face profonde de la peau, en ce qu'il n'est pas partout isolable. La kélotomie externe, méthode qui consiste à réduire la hernie sans ouvrir le sac, était donc ici d'une application bien difficile, sinon impossible, à moins de ne faire porter l'incision qu'au voisinage de l'anneau ombilical, dans un point où le péritoine ne fût pas adhérent à la peau. L'étranglement s'observe, d'ailleurs, moins souvent dans la hernie ombilicale que dans les autres hernies ; il s'y développe plutôt des péritonites herniaires. C'est pour cette raison que, dans les cas d'étranglement, l'indication d'opérer se présente pour les hernies ombilicales plus rarement que pour les hernies inguinale et crurale. Il ne faut pas faire d'incision sur toute la hauteur de la poche, mais seulement à sa partie supérieure, en évitant de sectionner la peau dans le point où elle adhère au péritoine herniaire. Pour arriver plus sûrement encore à ce but, M. C. Perier fait son incision extérieure parallèlement à la ligne blanche, mais en dehors de la tumeur et à gauche. Dans tous les cas, on débridera l'anneau en haut et un peu à gauche.

Après l'opération, il sera bon de suturer les bords de l'anneau ombilical lui-même, en adossant le péritoine.

Avant de faire la kélotomie, on doit tenter le taxis dans les mêmes conditions que pour les autres hernies, car s'il est vrai que dans les hernies volumineuses et anciennes une partie du contenu du sac soit irréductible, les accidents peuvent être le résultat, non de l'inflammation de ces parties, mais de l'engagement d'une nouvelle anse d'intestin, ainsi que j'en ai observé un exemple remarquable sur un confrère dont la hernie s'étrangla subitement dans mon cabinet.

Je rappelle que nous pratiquons aujourd'hui couramment la cure radicale de la hernie ombilicale non étranglée, et de nombreux procédés ont été imaginés pour fermer hermétiquement l'anneau et s'opposer à la récurrence de la hernie. C'est pour mieux remplir ce but que M. Dauriac a eu l'idée ingénieuse de faire un entre-croisement partiel des muscles droits sur la ligne médiane, et ce procédé a fourni de bons résultats.

Le péritoine, avons-nous dit, est écarté de la paroi abdominale par la veine ombilicale. Il est parfois doublé, au niveau de l'anneau, d'une couche fibreuse allant du bord interne de la gaine de l'un des muscles droits à l'autre ; Richet a proposé d'appeler cette couche *fascia ombilicalis*, par analogie avec le fascia transversalis ; mais, ainsi que le fait du reste remarquer l'auteur lui-même, ce fascia est bien loin d'être constant ; j'ajoute que sa présence est même de beaucoup l'exception. D'après les recherches de M. Gauderon, il manquerait 8 fois sur 10. Poussant plus loin les analogies, Richet a tenté d'établir un parallèle entre le canal ombilical et le canal inguinal ; entraîné par son sujet, il a rapproché la pathogénie des hernies de l'une et l'autre régions et admis des hernies ombilicales directes et indirectes. L'idée est ingénieuse, mais il est aisé de s'assurer que le canal ombilical est par trop virtuel pour qu'on admette l'opinion de l'auteur. On peut, sans doute, arriver à faire un trajet en décollant le péritoine au niveau de la veine ombilicale, mais c'est un trajet artificiel que n'a jamais suivi une hernie ombilicale, car il n'y a pas d'orifice supérieur. Com-