

Traitement. — Repos; emploi d'antiphlogistiques dans le but d'éviter la péritonite.

B. Épanchement de bile, d'urine et de matières intestinales.

Lorsqu'une de ces substances s'épanche dans le péritoine, elle y produit une violente inflammation qui amène promptement la mort des malades. On voit se développer immédiatement les symptômes d'une péritonite suraiguë. La bile et les matières fécales surtout exercent une action corrosive et amènent presque constamment l'explosion de la péritonite. On rencontre aussi des gaz dans la cavité péritonéale, lorsqu'il y a un épanchement de matières intestinales.

3° Corps étrangers.

Il peut arriver qu'un instrument vulnérant se brise dans la cavité abdominale : extrémité d'un couteau, d'un fleuret, d'une pique en bois, etc., ou qu'un projectile d'arme à feu y ait pénétré. S'il fait saillie au dehors, s'il peut être facilement saisi, et même si l'on peut en préciser le siège, il faut en faire l'extraction; car son séjour dans l'abdomen amènerait, le plus souvent, une péritonite des plus intenses. Mais, si le corps étranger est perdu dans la cavité abdominale, il faut s'abstenir de toute recherche.

4° Hernie de l'intestin et de l'épiploon à travers la plaie.

1° Lorsque l'intestin fait issue par une large ouverture et qu'il n'est pas altéré, on le réduit.

2° S'il est étranglé par une plaie étroite, il faut débrider la plaie avec les plus grandes précautions, réduire l'anse intestinale et se comporter comme dans les cas de plaies des parois.

Toutefois, avant de débrider, il faut essayer de faire rentrer l'intestin, en pratiquant le taxis très-modéré.

3° Il peut arriver qu'on observe les symptômes d'un étranglement interne sans que l'intestin soit pincé dans la plaie; il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, qui est dû au pincement d'une portion d'anse intestinale par la partie profonde de la plaie.

4° Lorsqu'on est appelé trop tard et que l'intestin est altéré, on se comporte selon l'altération : gangrène, etc. (*Voy.* Opération de la hernie étranglée.)

5° Si l'épiploon fait hernie, on doit se comporter comme pour l'intestin. S'il est enflammé, on le laisse à l'extérieur de la plaie, en excisant la portion la plus altérée. Nous verrons qu'on agit de la même manière après l'opération de la hernie étranglée.

5° Péritonite.

L'inflammation du péritoine est une complication très-grave et des plus fréquentes des plaies pénétrantes. Elle se montre presque à coup

sûr lorsqu'il y a un corps étranger du péritoine, un épanchement de bile, de matières intestinales ou d'urine. L'épanchement sanguin en provoque souvent le développement; enfin, le seul fait de la pénétration de la plaie suffit, dans un grand nombre de cas, pour amener l'évolution de la phlegmasie.

La péritonite peut être circonscrite en un point de la cavité abdominale, ou se généraliser.

Nous avons déjà vu que la *péritonite circonscrite ou locale* détermine une exsudation plastique de la séreuse, et consécutivement des adhérences, ordinairement salutaires.

Souvent, malheureusement, l'inflammation s'étend rapidement de proche en proche. Cette *péritonite générale* est des plus graves. Elle s'annonce par une *douleur* du ventre qui va en augmentant et qui acquiert un degré d'acuité extrême. Le ventre se *ballonne*. En même temps, il y a des *nausées* et des *vomissements* de matières d'une couleur *verte* caractéristique. Le *pouls* se déprime, devient petit et filiforme; la *face* s'altère rapidement, les traits sont tirés, les yeux enfoncés dans les orbites; en un mot, la face est *grippée*.

La péritonite circonscrite peut guérir par résolution ou formation d'un abcès. La péritonite générale ne guérit qu'exceptionnellement. Le plus souvent, elle marche rapidement et amène la mort en un espace de temps qui varie entre huit heures et quatre à cinq jours.

Le *traitement* est le plus souvent inefficace. Le plus usité consiste à faire sur le ventre des onctions d'onguent napolitain, et à appliquer trente à quarante sangsues sur la paroi abdominale. Dans ces derniers temps, on a eu recours à l'emploi du collodion étalé sur toute la surface du ventre. L'opium à haute dose est indiqué toutes les fois qu'il y a une perforation intestinale.

ARTICLE TROISIÈME

HERNIES ABDOMINALES

Définition. — On donne le nom de *hernie abdominale* à toute saillie située sur les parois de l'abdomen et formée par un ou plusieurs viscères sortis de cette cavité.

Division et nomenclature. — La hernie porte le nom de l'organe hernié auquel on ajoute la terminaison *cèle*; exemple : *entérocele*, hernie de l'intestin, de *έντερον*, intestin, et *κηλη*, hernie; *épiplocèle*, hernie de l'épiploon; *cystocèle*, hernie de la vessie.

Lorsqu'on ne désigne pas l'organe hernié, on donne à la hernie le nom de la région au niveau de laquelle elle se montre : hernie inguinale, hernie crurale, hernie ombilicale, etc.

Nous diviserons l'étude des hernies en deux paragraphes : le premier comprendra l'étude des *hernies abdominales considérées en général* ; le second, celle des *hernies abdominales en particulier*, d'après leur siège.

§ 1. — Hernies abdominales en général.

Les hernies de l'abdomen peuvent être simples ou compliquées. Les premières rentrent facilement dans la cavité abdominale, *hernies réductibles*, et incommode peu les malades ; les hernies compliquées présentent des accidents plus ou moins graves ; elles sont, en général, irréductibles. Nous les étudierons séparément.

I. — HERNIES ABDOMINALES SIMPLES.

Examen du malade. — Dans un cas de hernie abdominale simple, l'élève doit procéder de la manière suivante :

Interroger avec soin le malade sur le *mode de début* et la *marche* de la tumeur ; s'informer si elle s'est montrée *brusquement*, à la suite d'un effort, ou *progressivement* ; si elle *rentre spontanément* dans l'abdomen, ou si le malade lui-même la *réduit facilement* ; si elle a *déjà causé des accidents*.

Constater, par le *regard*, la *situation* de la tumeur, son *volume*, sa *forme généralement arrondie*, l'*état lisse* de sa surface, l'*intégrité des téguments* qui la recouvrent. Par la *palpation*, apprécier sa *mobilité* sous la peau, sa *consistance élastique* (entéroccèle) ou *pâteuse* (épiplocèle) ; par la *percussion*, sa *sonorité* ou sa *matité*.

Appliquer la *pulpe des doigts* tout autour de sa partie adhérente, et déprimer doucement les parties molles pour chercher à sentir l'anneau qui a donné issue aux viscères. Placer ensuite un doigt au-devant de cet anneau, et *faire tousser* le malade ; le doigt sera repoussé par l'intestin tendant à sortir de la cavité abdominale. C'est le meilleur moyen de reconnaître les petites hernies (pointes) encore contenues dans l'intérieur des canaux inguinal ou crural.

Exercer une *légère compression* sur la surface de la tumeur en *dirigeant l'effort vers son pédicule*, en même temps que l'extrémité des doigts cherche à refouler lentement celui-ci dans l'anneau. Par ce moyen, on entendra souvent le *gargouillement* caractéristique.

Nous passerons en revue : 1^o l'anatomie et la physiologie pathologiques ; 2^o les symptômes ; 3^o les causes ; 4^o le diagnostic ; 5^o le pronostic ; 6^o le traitement.

Anatomie et physiologie pathologiques des hernies.

Envisagée d'une manière générale, toute hernie se compose : 1^o d'une enveloppe membraneuse qu'on appelle *sac* ; 2^o de parties contenues formées par les viscères herniés.

Nous avons à examiner : le sac, les viscères herniés et les tissus voisins.

Dr. Atanacio Carrillo.

1^o Sac herniaire.

On appelle *sac* la membrane mince qui entoure la hernie et qui est formée par le péritoine. Quelques hernies en sont dépourvues, et pour cette raison, on les nomme *akystiques*.

A. Mode de formation du sac. — Lorsqu'un viscère sort de la cavité abdominale, au niveau des orifices fibreux, il pousse au-devant de lui, dans l'orifice qu'il doit traverser, le péritoine pariétal qui lui forme une enveloppe. Cette membrane séreuse cède à la pression des viscères de deux manières : elle glisse sur le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui présente une certaine laxité et qui en permet le décollement ; de plus, elle se laisse distendre, en vertu de son élasticité. A mesure que la hernie grossit, le sac se développe, et son volume est toujours en rapport avec celui des organes herniés.

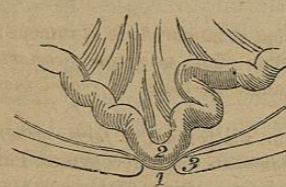


FIG. 9.

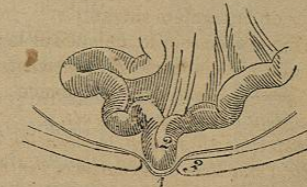


FIG. 10.

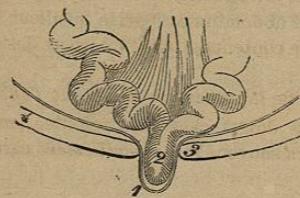


FIG. 11.

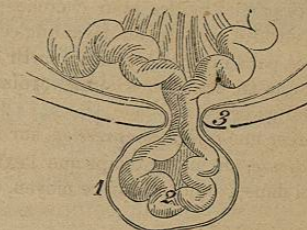


FIG. 12.

Différents degrés de développement du sac herniaire.

1. Péritoine pariétal. — 2. Intestin. — 3. Orifice abdominal.

Lorsqu'une hernie est dépourvue de sac, ce qui est rare, l'intestin ¹ sort de la cavité abdominale en glissant au-dessous du péritoine pariétal, dans les régions où les dispositions anatomiques favorisent son issue. C'est ainsi qu'on peut voir le *cæcum* glisser entre l'aponévrose iliaque et le péritoine, qu'il soulève, et sortir par l'anneau inguinal, sans être revêtu d'un sac ; il en est de même de la vessie.

On comprend que le sac herniaire manque également dans les hernies

1. Nous disons *intestin*, parce que ce viscère fait partie de presque toutes les hernies.

qui se produisent à la suite d'une plaie intéressant le péritoine pariétal.

B. Description du sac. — Considéré isolément, le sac herniaire est une poche située en dehors de l'abdomen, et communiquant avec la cavité abdominale par une ouverture plus ou moins étroite. Cette ouverture s'appelle *collet*. Le reste de l'enveloppe constitue le *corps*.



FIG. 13. — Sac conique.
1. Orifice abdominal. — 2. Fond du sac.

ci-jointes donneront une idée de ces variétés.

a. *Collet*. — Le collet correspond ordinairement à l'ouverture de la paroi abdominale traversée par la hernie. Il diffère dans les hernies récentes et dans les hernies anciennes.

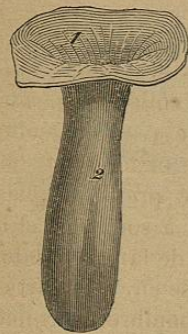


FIG. 14. — Sac cylindrique.
1. Orifice abdominal. — 2. Corps du sac.

1^o Dans les *hernies récentes*, le collet, qui limite une ouverture étroite, est formé par le péritoine, plissé à la manière d'une étoffe que l'on ferait passer dans un anneau. A cet effet, si le sac rentre dans la cavité abdominale, les plis s'effacent, et il ne reste plus trace de collet. Cependant, ces plis péritonéaux ont subi, de la part des parties voisines, une pression plus ou moins énergique, qu'ils accusent par une petite tache blanchâtre : ce sont ces vestiges de compression que M. Cloquet a désignés sous le nom de *stigmates*.

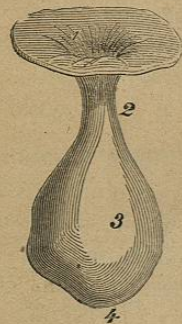


FIG. 15. — Sac pyriforme.
1. Orifice abdominal. — 2. Collet. — 3. Corps. — 4. Fond du sac.

2^o Dans les *hernies anciennes*, le collet a subi de notables modifications. Sous l'influence de la compression exercée par l'ouverture de la paroi abdominale sur les replis péritonéaux dont nous venons de parler, il s'est produit une exhalation de lymphe plastique. Celle-ci a déterminé l'adhérence réciproque de ces replis, d'où il est résulté un épaississement annulaire qui va devenir le siège de modifications anatomiques des plus intéressantes; il y a un véritable *sphincter*.

Il se développe dans la substance même du collet ancien des éléments de tissu conjonctif et de tissu élastique; en outre, par sa surface extérieure, le collet contracte des adhérences plus ou moins intimes avec les parties voisines, en même temps qu'il se vascularise. On ne trouve

pas ordinairement dans le collet les fibres musculaires qui ont été décrites par M. Demeaux.

Le tissu de nouvelle formation qui constitue le collet donne à celui-ci des propriétés spéciales dont la plus importante est la *rétractilité*. En effet, le collet herniaire se rétracte insensiblement, à la manière du tissu cicatriciel, en effaçant de plus en plus sa lumière. Cette rétraction peut aller jusqu'à l'oblitération complète, lorsqu'aucun organe ne le traverse.

La *forme* du collet est généralement en rapport avec celle de l'ouverture de la paroi abdominale qui a donné passage à la hernie. Il constitue ordinairement une simple ouverture et n'a pas de longueur; quelquefois, cependant, il est allongé, et peut avoir, par exemple, toute la longueur du canal inguinal.

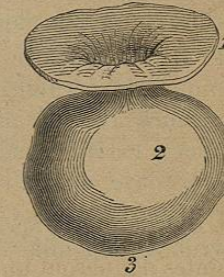


FIG. 16.
1. Orifice abdominal. — 2. Corps. — 3. Fond du sac.

Une hernie n'a qu'un collet; mais on observe parfois des collets *multiples*. Ceux-ci peuvent être superposés ou adossés. Les collets *superposés* se forment de la manière suivante: une hernie existe avec son collet bien constitué; sous l'influence d'un effort, la hernie et le collet sont refoulés en masse; une nouvelle portion de péritoine prend la place de l'ancien collet qui a été repoussé; elle s'organise à son tour, et la hernie a deux collets, l'un au niveau de l'ouverture de la paroi abdominale, et l'autre vers le milieu de la hernie, qu'il divise en deux parties par un rétrécissement. On comprend qu'un grand nombre de collets peuvent se superposer de la sorte (fig. 17).



FIG. 17. — Sac à collets superposés (moniliforme).
1. Orifice abdominal. — 2, 2, 2. Sacs. — 3, 3. Collets superposés.

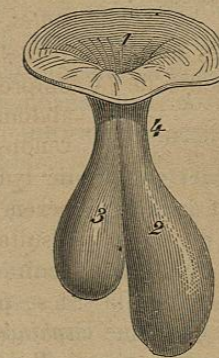


FIG. 18. — Sac à collets adossés.
1. Orifice abdominal. — 2, 3. Les deux sacs. — 4. Les deux collets adossés.

Lorsqu'un nouveau collet se forme tout à côté de l'ancien, au niveau

d'un point peu résistant, les deux ouvertures sont à peu près sur le même plan, et l'on dit que les collets sont *adossés* (fig. 18).

b. *Corps*. — Le péritoine, qui forme le corps du sac, est transparent et permet d'apercevoir, à travers son épaisseur, la couleur des viscères herniés, au moins dans les hernies récentes.

1^o Le sac, dans les *hernies récentes*, présente tous les caractères anatomiques du péritoine. Sa surface interne, lisse et polie, n'offre aucune adhérence avec les parties contenues; elle est recouverte d'épithélium comme à l'état normal. La surface externe est en rapport avec les organes du voisinage, dont il est facile de la séparer.

2^o Dans les *hernies anciennes*, la paroi du sac s'épaissit; sa surface interne se dépouille de son épithélium; elle contracte des adhérences plus ou moins étendues avec les parties contenues, et souvent elle renferme une certaine quantité de liquide séreux. Ces lésions ne s'observent pas chez les individus qui maintiennent leurs hernies exactement réduites à l'aide d'un bandage bien appliqué.

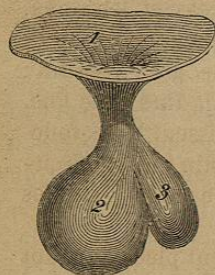


FIG. 19. — Sacs adossés.

1. Orifice abdominal. — 2, 3. Sacs adossés.

On comprend, sans que nous insistions, que, dans les cas de collets superposés et de collets adossés, les sacs sont également superposés ou adossés (fig. 19).

C. Irréductibilité du sac. — Dans les *hernies récentes*, le sac accompagne ordinairement les viscères herniés, lorsqu'on les réduit; mais, dans les *hernies anciennes*, les adhérences de la surface externe du sac avec les tissus voisins sont si intimes, que les viscères rentrent seuls, le sac restant à l'extérieur. Cet état du sac, qui s'observe dans presque toutes les hernies, constitue l'*irréductibilité du sac*.

D. Réduction du sac. — Rarement dans les hernies anciennes, et fréquemment dans les récentes, le sac peut rentrer dans la cavité abdominale; on dit alors qu'il y a *réduction du sac*. Cette réduction a été expliquée de plusieurs manières. M. J. Cloquet croit que, dans certaines hernies récentes, le sac se réduit spontanément en vertu de sa propre élasticité. Le même chirurgien attribue aussi une certaine influence au resserrement du tissu cellulaire qui entoure le sac, ainsi qu'à la contraction du crémaster. Malgaigne n'admet pas ces deux derniers modes de réduction pour les hernies anciennes, et, d'après cet auteur, la rentrée du sac n'est possible que sous l'influence du décubitus dorsal prolongé, du développement exagéré d'un viscère dans la cavité abdominale ou de la formation d'une nouvelle hernie.

E. Hernies déshabitées, hernies graisseuses. — Lorsqu'une hernie est longtemps maintenue et réduite, le sac restant à l'extérieur, il peut arriver que le collet s'oblitére et que la cavité du sac se transforme en kyste par accumulation d'un liquide séreux: c'est là ce que M. Chassaignac a désigné sous le nom de *hernie déshabitée*.

Les *hernies graisseuses* sont des masses de tissu adipeux tenant au péritoine par un pédicule renfermant ou non un sac. Deux autres variétés de hernie graisseuse consistent dans l'accumulation d'une grande quantité de graisse à la surface externe du sac, et, ce qui est plus rare, dans sa cavité.

2^o Viscères herniés; contenu de la hernie.

Tous les viscères, excepté le duodénum, le pancréas et les reins, peuvent se rencontrer dans les hernies. Le plus fréquemment, on y trouve l'*intestin* et l'*épiploon*; moins fréquemment, le gros intestin; rarement, l'estomac, l'utérus, la vessie; très-rarement, la rate et le foie.

A moins de complications, les viscères herniés remplissent leurs fonctions; les matières alimentaires circulent dans l'intestin, et la circulation du sang se fait dans les tissus herniés comme dans tous les autres.

Dans les entéro-épiplocèles, l'épiploon est ordinairement placé en avant de l'intestin.

Dans les *hernies récentes*, la surface des organes contenus, formée par le péritoine viscéral, présente l'état lisse et poli de cette membrane; mais, dans les *hernies anciennes*, il se fait des altérations analogues à celles que nous avons vues sur la face interne du sac, c'est-à-dire perte de l'aspect poli, épaississement, adhérences, etc. Les adhérences entre l'épiploon et la paroi interne du sac ne sont pas rares; elles peuvent devenir, comme nous le verrons plus loin, une cause d'étranglement.

Lorsqu'une hernie ancienne n'est pas contenue, c'est-à-dire maintenue réduite dans la cavité abdominale, l'épiploon, qui fait presque toujours partie de la hernie, devient rapidement une cause d'irréductibilité. Il se charge de graisse, souvent à un degré considérable, et ne peut plus passer par le collet qui lui avait livré passage autrefois.

3^o Tissus voisins.

Nous avons vu que le sac des hernies anciennes contracte des adhérences avec les tissus du voisinage. Il est quelquefois recouvert par la peau, comme dans les hernies crurales; dans d'autres cas, il est sous-aponévrotique. Quelle que soit sa position, les diverses couches de tissus qui le recouvrent subissent des modifications, contractent des adhérences, de sorte qu'il est impossible de désigner à l'avance le nombre de couches que le bistouri doit traverser pour arriver sur le sac. On sait qu'à l'état normal il n'en est pas de même.

Entre la peau et la hernie, dans l'épaisseur des couches celluluses, il n'est pas rare de rencontrer un kyste et de l'œdème.

Le kyste n'est autre chose qu'une bourse séreuse développée dans le tissu cellulaire, sous l'influence du bandage (Broca). L'œdème est une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire du voisinage de la tumeur. Il est probable qu'il faut l'attribuer à la compression des ramuscules veineux par la tumeur.

Symptômes.

Toute hernie simple présente les symptômes suivants :

1° Début. — Une hernie se montre de deux manières : ou brusquement, sous l'influence d'un effort considérable, ou lentement, à la suite d'efforts répétés.

2° Symptômes locaux physiques. — Le plus souvent, il existe une tumeur de forme plus ou moins arrondie, sans changement de couleur de la peau, qui est mobile sur les parties sous-jacentes.

La tumeur est *molle, rénitente et élastique* si c'est une entéroccèle; *pâteuse* si c'est une épiplocèle; la température de la peau est normale.

Sous l'influence de la pression, la tumeur disparaît; les hernies simples sont donc *réductibles*. Au moment où la hernie rentre dans la cavité abdominale, on entend le plus souvent un bruit de *gargouillement* déterminé par les liquides et les gaz intestinaux. Lorsque ce gargouillement ne se produit pas, on peut supposer que la hernie est uniquement constituée par l'épiploon.

À la percussion, on reconnaît que la tumeur est *sonore*, à moins qu'elle ne soit formée d'épiploon.

3° Symptômes fonctionnels. — Les hernies sont indolentes. Elles déterminent presque toujours des troubles peu intenses de l'appareil digestif, surtout si elles sont formées par l'intestin : digestions pénibles; coliques plus ou moins violentes; météorisme rarement considérable; éructations; rarement nausées et vomissements.

4° Symptômes généraux. — Considérés d'une manière générale, les individus porteurs de hernie présentent une vieillesse anticipée (Malgaigne). Ils sont incapables d'exercer un effort un peu énergique, car on sait que, dans le phénomène de l'effort, le diaphragme comprime les viscères abdominaux; or, chez les sujets atteints de hernie, et dont la paroi abdominale manque de résistance en un point, ces viscères ne sont plus suffisamment soutenus.

Marche. Durée. Terminaison.

Lorsqu'une hernie s'est montrée, il est extrêmement rare qu'elle disparaisse spontanément.

Si elle n'est pas maintenue, elle augmente insensiblement de volume.

et peut acquérir de telles dimensions, que la cavité abdominale se rétrécit, et qu'il n'est plus possible d'y faire rentrer les viscères herniés, qui ont, pour ainsi dire, *perdu droit de domicile*.

M. Gosselin appelle *coërcibles* les hernies qui peuvent être maintenues; les autres sont les hernies *incoërcibles*.

Les hernies contenues par les bandages restent ordinairement petites, et il peut arriver, chez les enfants surtout, que l'application permanente du bandage amène la guérison de la hernie par oblitération complète du collet du sac.

La guérison peut encore se montrer après une inflammation plus ou moins vive de la cavité du sac, suivie de l'application d'un bandage; car les parois enflammées contractent des adhérences.

La marche d'une hernie peut être modifiée par divers accidents. Ainsi, la hernie peut devenir irréductible; une accumulation de matières intestinales peut se faire dans l'anse herniée; le sac peut s'enflammer, l'intestin s'étrangler et se gangrener. Tous ces accidents seront décrits séparément avec les hernies compliquées.

Causes.

Les hernies sont déterminées le plus souvent par des efforts : accès de toux, chutes, coups, vomissement, etc.

Elles sont plus fréquentes dans le sexe masculin, et chez les individus dont les professions réclament de grands efforts.

Elles sont moins communes à gauche, ce qui s'explique par l'habitude que nous avons de nous servir du côté droit.

Malgaigne distinguait trois espèces de hernie : les *hernies de l'enfance*, se montrant jusqu'à l'âge de 10 ans, et comprenant les *hernies congénitales*, qui apparaissent dès les premiers jours de la naissance; les *hernies de force*, rares, survenant de 10 à 40 ans, à la suite de violents efforts musculaires; les *hernies de faiblesse*, qu'on rencontre surtout chez les sujets faibles, débilités, chez les vieillards, souvent sous l'influence d'efforts peu énergiques.

Il faut encore mentionner l'hérédité, qui joue un rôle important dans la production des hernies.

Diagnostic.

Pour établir le diagnostic positif d'une hernie en général, il suffit d'avoir présents à la mémoire les symptômes que nous venons d'étudier. Il est, néanmoins, utile de savoir s'il y a épiplocèle ou entéroccèle. Nous avons déjà dit que l'*entéroccèle* est sonore à la percussion, rénitente et élastique, et qu'elle fait entendre un bruit de gargouillement au moment où on la réduit. De plus, la réduction en est brusque et instantanée. L'*épiplocèle*, au contraire, rend un son mat; elle est molle et pâteuse,

rentre sans bruit et insensiblement. Les troubles digestifs s'observent surtout dans l'entéroccèle.

Il est impossible, à moins qu'elle ne soit compliquée, et qu'il n'existe pas de saillie extérieure, de ne point faire le diagnostic d'une hernie.

Pronostic.

Une hernie simple ne présente aucune gravité. Nous devons dire, cependant, que le malade est toujours exposé à l'une des nombreuses complications qui peuvent se montrer dans le cours d'une hernie.

Lorsqu'une hernie est habituellement contenue par un bandage, il est de toute nécessité que le malade porte constamment cet appareil, et que celui-ci soit en bon état, car l'accident le plus grave, l'étranglement, se produit surtout chez les sujets qui portent des bandages mal faits ou qui négligent quelquefois de s'en servir.

Traitement.

Nous n'insisterons pas sur la cure radicale des hernies, qui est aujourd'hui justement abandonnée par la plupart des chirurgiens; nous ne ferons que signaler les principaux procédés qui ont été employés pour y parvenir.

On a pratiqué la *ligature* du sac, la *cautérisation*, l'*autoplastie*; mais c'est à l'*invagination* que l'on a eu le plus souvent recours.

Gerdy refoulait la peau dans le canal de la hernie, et maintenait la partie ainsi invaginée par une suture. Wützer enfonçait dans le canal herniaire un instrument spécial (*invaginatorium*), dont l'extrémité était fixée aux téguments par une vis. L'invagination a été unie par quelques auteurs à la compression et à la cautérisation.

Mentionnons encore le *séton*, l'*enroulement du sac*, les *injections irritantes*.

Tous ces procédés exposent à de graves accidents. L'invagination est celui qui a donné les meilleurs résultats; c'est le seul qu'il serait permis de mettre en usage.

Occupons-nous maintenant du traitement palliatif, qui consiste à maintenir la hernie réduite, et, dans quelques cas rares, à amener la guérison.

C'est au moyen de *bandages herniaires* qu'on maintient les hernies.

Tout bandage herniaire se compose d'un ressort élastique et d'une pelote.

Lorsque nous traiterons des hernies en particulier, nous parlerons des bandages applicables à chaque espèce; il nous suffira de dire ici quelles sont les conditions générales qui doivent présider à la confection et à l'application du bandage.

1° Il faut réduire exactement la hernie.

2° Le bandage devra être assez souple pour ne déterminer aucune lésion de la peau.

3° Cependant la pelote du bandage pressera suffisamment sur l'ouverture pour résister à l'impulsion des viscères.

4° La pelote devra rester en place, sans descendre ni remonter.

On ne peut être certain d'avoir un bon bandage que s'il continue à maintenir convenablement la hernie plusieurs jours après son application. Il faut qu'il contienne la hernie lorsque le malade tousse, lorsqu'il marche, qu'il se penche en avant, et même lorsqu'il fait des efforts dans la position accroupie.

II. — HERNIES ABDOMINALES COMPLIQUÉES.

Nous venons de décrire les hernies abdominales simples, incommodant fort peu les individus qui en sont atteints, et leur permettant de vaquer à leurs occupations. Nous avons vu que les hernieux sont exposés à des accidents, à des complications se montrant du côté des hernies; ce sont ces complications que nous allons étudier sous les noms d'*irréductibilité*, d'*engouement*, d'*inflammation* et d'*étranglement*. La *gangrène* et l'*anus contre nature* seront décrits après l'étranglement, dont ils sont ordinairement la conséquence.

1° Hernies compliquées d'irréductibilité.

L'*irréductibilité* n'est pas, à proprement parler, un accident des hernies. Elle constitue un symptôme constant, dans les hernies véritablement compliquées d'engouement, d'inflammation ou d'étranglement; elle est souvent une conséquence de ces accidents.

Nous avons déjà vu, en décrivant les hernies simples, que celles-ci peuvent devenir irréductibles en vieillissant: les unes, par accumulation de graisse dans l'épiploon; les autres, par adhérence des viscères au sac.

Nous savons déjà que le sac est presque toujours irréductible.

Le seul *traitement* à diriger contre l'irréductibilité simple est palliatif. Il consiste surtout à empêcher le développement de la hernie. Si la hernie est volumineuse, on fait porter au malade un suspensoir; si elle est de petit volume, on pourra se servir d'un bandage à pelote concave embrassant la hernie.

On fera aussi quelques tentatives de taxis, mais modérées, afin de ne pas courir le risque de réduire la hernie en masse, c'est-à-dire viscères et sac en même temps. On a vu des malades mourir de péritonite après la *réduction en masse* d'une hernie. On doit, si la hernie est une entéro-épilocèle, chercher à réduire l'intestin, et à ne laisser que l'épiploon dans le sac.

2° Hernies compliquées d'engouement.

L'*engouement* est un accident fort rare. Il consiste en un obstacle à la circulation des matières intestinales, sous l'influence de la distension de