

connue que par une dissection attentive; telles sont les hernies par éraillure, la hernie oblique interne, les hernies étranglées par une bride, une adhérence épiploïque, un éperon saillant dans le sac herniaire, celles qui sont étreintes par un orifice accidentel qui fait communiquer un sac péritonéal avec la tunique vaginale, la hernie enkystée du testicule, etc. Dans ces cas on peut parfois soupçonner quelque anomalie dans la nature et le siège de l'obstacle, mais on ne peut établir en quoi celle-ci consiste. Il en est autrement dans les hernies pariétales (inguino-interstitielles) et dans les hernies propéritonéales.

La *hernie pariétale* échappe le plus souvent à l'examen tant qu'elle n'est pas le siège d'accidents; mais vient-elle à s'étrangler, en même temps que se produisent et qu'évoluent les phénomènes rationnels de l'étranglement, on constate la présence d'une tumeur aplatie, souvent ovoïde, située dans l'épaisseur de la paroi abdominale avec laquelle elle fait corps, au-dessus de l'arcade de Fallope. Les dimensions de cette tumeur, qui est dure, élastique, sonore à la percussion, très-douloureuse au toucher, sont assez considérables; on l'a vue remonter à 15 centimètres au-dessus de l'arcade crurale; la tuméfaction peut même s'accroître encore à partir du moment où ont débuté les accidents d'étranglement. Enfin on trouve que le côté correspondant des bourses est dépourvu de testicule, lequel, en ectopie inguinale, est compris dans la hernie où la pression peut le faire reconnaître à sa sensibilité spéciale.

Il semble difficile de ne pas reconnaître à ces caractères si précis l'existence d'une hernie pariétale étranglée. Pourtant, chez les personnes chargées d'embonpoint, la graisse des parois abdominales peut masquer le relief que forme la tumeur. On sera mis sur la voie du diagnostic par une douleur vive que le malade accusera au niveau de la hernie et que réveillera la pression, en même temps que la palpation faite avec soin permettra de reconnaître la tuméfaction rénitente et tendue. Alors même que la tumeur aura été constatée, on pourra croire à l'existence d'un abcès ou d'un phlegmon de la paroi abdominale ou de la fosse iliaque, s'accompagnant de phénomènes d'obstruction intestinale et surtout d'un abcès en communication avec une perforation de l'intestin. Mais, sans compter que les caractères physiques de la tumeur ne sont pas ceux d'une tuméfaction inflammatoire ou d'une collection purulente, les phénomènes d'étranglement bien caractérisés qui l'accompagnent ne pourront être confondus avec le retentissement que les affections phlegmoneuses de l'abdomen déterminent du côté des fonctions intestinales; enfin la constatation de l'ectopie testiculaire lèvera tous les doutes.

La hernie avec sac profond (*hernie propéritonéale*) étranglée au niveau de la communication de ce sac avec la cavité péritonéale, quoi- qu'elle ait été méconnue dans tous les cas où elle a été observée, même après l'opération, présente pourtant des caractères qui devraient en faire soupçonner l'existence.

Un sujet porteur d'une hernie inguinale présente des signes d'étranglement intestinal; la hernie est pourtant réductible, ou du moins elle se laisse refouler sans peine dans le trajet inguinal sans que pour cela les accidents disparaissent. On peut croire alors que la hernie est étrangère aux accidents et que ceux-ci dépendent d'un étranglement interne; mais, si l'on examine les bourses, on y constate l'absence du testicule qui est compris dans le trajet inguinal ou qui s'y laisse refouler avec la hernie; celle-ci du reste se reproduit aussitôt après la réduction. Il est probable que si l'on avait, dans les cas de ce genre, pratiqué avec attention la palpation de l'abdomen au niveau de l'anneau inguinal interne, on eût trouvé derrière la paroi abdominale une tuméfaction douloureuse à la pression qui eût fait naître l'idée d'un étranglement ayant son siège dans un sac profond. L'exploration de l'abdomen par le palper est, il est vrai, difficile à cause de la douleur qu'elle détermine et du météorisme; mais il semble que la coexistence de symptômes bien caractérisés d'étranglement avec une hernie congénitale, compliquée d'ectopie testiculaire, doive déterminer le chirurgien à se tenir sur la réserve et à ne pas s'en laisser imposer trop facilement par les apparences de la réductibilité.

TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE. — Le manuel non plus que les indications du taxis ne présentent rien de spécial à la hernie inguinale; les règles générales de la réduction des hernies étranglées trouvent ici leur application, et l'on doit seulement insister sur la nécessité de diriger les pressions suivant la direction du trajet inguinal, c'est-à-dire obliquement en haut et en dehors, dans les hernies obliques externes qui sont les plus fréquentes, et de s'abstenir de tout effort portant sur le fond des bourses, pour éviter une réduction en masse.

Lorsque le taxis a été inefficace ou que l'opération paraît immédiatement indiquée, celle-ci peut être exécutée avec ou sans ouverture du sac: de plus le débridement peut être pratiqué de dedans en dehors, ce qui constitue la méthode ancienne, ou de dehors en dedans.

A. Opération par la méthode ancienne. — La région inguinale et la peau du pubis ayant été rasées avec soin, le chirurgien dirige une incision parallèlement au grand axe de la tumeur. Les dimensions de cette incision sont calculées d'après le volume de la hernie, mais les chirurgiens ne sont pas tous d'accord sur le niveau qu'elle doit atteindre du côté du pédicule de la tumeur; les uns, suivant Malgaigne, ne la faisant remonter que jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'anneau inguinal, tandis que les autres la conduisent jusqu'à 3 centimètres au-dessus. Gosselin, à l'exemple de Scarpa, Louis, Pott, insiste avec raison sur la nécessité de faire l'incision moitié sur le scrotum, moitié sur l'abdomen, car l'étranglement réside souvent au niveau de l'anneau supérieur et il faut le mettre à découvert pour y arriver aisément sans être obligé d'agrandir la première incision. Dans ce premier temps de l'opération, on ouvre fréquemment des rameaux des artères honteuses externes superficielles et même de la tégumentouse abdominale; pour arrêter

l'écoulement sanguin qu'elles fournissent, il suffit de les saisir pendant quelques instants avec des pinces à pression continue; on a rarement besoin de les lier.

On divise alors, avec toutes les précautions désirables, les enveloppes de la hernie, en s'appliquant à éviter la lésion des organes importants qui peuvent être accolés à la face externe du sac. Si, dans les hernies récentes, la situation du cordon spermatique est une garantie suffisante contre sa blessure, il n'en est plus de même dans les hernies anciennes, où les éléments sont épars autour de la tumeur. Il peut donc arriver que, dans les cas de ce genre, on intéresse le canal déférent, des veines volumineuses, et, ce qui est plus grave, l'artère spermatique. Gosselin, dans un cas où ce vaisseau avait été ouvert, fut obligé d'en pratiquer la ligature en étreignant en même temps une petite partie du sac auquel l'artère était adhérente.

Le sac ayant été reconnu, ouvert, puis incisé jusqu'à l'anneau inguinal avec des ciseaux, le doigt introduit dans sa cavité et remontant jusqu'à l'intérieur de sa portion intra-inguinale va chercher l'obstacle et le sent bientôt sous la forme d'une bride tranchante ou d'un contour circulaire. On procède alors au débridement. Celui-ci doit être dirigé en haut et en dehors, si l'on a affaire à une hernie oblique externe, directement en haut, ainsi que J.-L. Petit, A. Cooper, Scarpa, Dupuytren l'ont établi, si l'on hésite entre une hernie oblique et une hernie directe. Ces chirurgiens, en donnant ce précepte, étaient guidés par la crainte que leur inspirait la présence de l'artère épigastrique qui contourne le collet du sac en suivant son côté interne dans la première variété de hernies, et son côté externe dans la seconde. Il ne semble pas néanmoins que la blessure de cette artère soit un accident fréquent; les deux cas d'hémorrhagie que Vidal (de Cassis) dit avoir observés sous la main de Boyer peuvent être dus aussi bien à la lésion de l'artère spermatique, au niveau de l'anneau inguinal profond, qu'à celle de l'artère épigastrique. Un autre fait, attribué par Velpeau (1) à Bertrandi, n'est pas plus concluant. Quoi qu'il en soit, la blessure de troncs artériels importants est possible, mais elle est rare, et elle peut être évitée si, au lieu de débrider dans la profondeur et en quelque sorte à l'aveugle, on prolonge l'incision en haut pour se donner du jour, et si l'on divise même la paroi antérieure du trajet inguinal dans les cas douteux; si, au lieu d'avoir recours à un large débridement, on pratique, sur l'agent de l'étranglement, plusieurs petites incisions en haut et en dehors, comme le voulait Vidal (de Cassis), et si l'on achève de libérer l'intestin en dilatant fortement l'orifice qui l'étreint avec un instrument moussé, tel qu'une sonde cannelée ou des ciseaux courbes portés sur le plat.

Le débridement achevé, on constate l'intégrité des parties contenues dans le sac, et on réduit s'il y a lieu.

(1) *Médecine opératoire*, t. IV, p. 214.

B. *Opération avec débridement de dehors en dedans par le procédé de Malgaigne.* — Ce mode opératoire, proposé dès 1842 par Malgaigne, est décrit par lui dans les termes suivants (1) : « Après avoir reconnu le siège de l'étranglement, je pratique sur le lieu même une incision que je prolonge au-dessus et au-dessous dans l'étendue qu'exige l'embonpoint du sujet. Supposé, par exemple, que l'étranglement siège au niveau de l'orifice supérieur du canal, je fais sur ce point une incision qui, chez les sujets d'un médiocre embonpoint, ne dépasse pas 2 à 3 centimètres, répondant par son centre à l'étranglement même, et par sa direction à celle de la hernie ou du canal. Je divise la peau avec un bistouri droit, d'après les règles des incisions ordinaires; arrivé à l'aponévrose du grand oblique, je la divise à petits coups, avec la pointe, comme en disséquant. Je coupe de même les fibres du petit oblique et du transverse, de façon à mettre le cordon ou le sac à découvert. Si le sac est logé dans le cordon, j'ouvre avec précaution l'enveloppe fibreuse de celui-ci; je regarde avec soin si quelques vaisseaux rampent sur le sac, auquel cas je les écarte, et je mets le sac et le péritoine bien à nu à un centimètre au-dessus et à un centimètre au-dessous de l'étranglement. On aperçoit alors au grand jour la rainure circulaire creusée par celui-ci; on reconnaît avec toute évidence qu'il est opéré par le collet du sac, et la transparence du péritoine permet déjà d'observer l'état de l'intestin. Je divise alors le collet à petits coups, de dehors en dedans. Si la striction trop forte laisse à craindre que la pointe du bistouri ne blesse l'intestin, je fais une petite incision au péritoine soit au-dessus, soit au-dessous du collet, et, passant sous celui-ci une sonde cannelée, je le divise sur la sonde avec toute facilité.

» Si la hernie, au lieu d'être logée dans le cordon, sort plus en dedans que lui, comme on a toutes les parties sous les yeux, rien n'est si simple que de constater ces rapports. On reconnaît donc l'orifice supérieur qui laisse passer le cordon; à son côté interne on peut voir ou sentir battre l'artère épigastrique; de plus, en dedans s'aperçoit le trou du *fascia transversalis* qui a laissé passer et qui étrangle la hernie. On débride le trou sans ouvrir le sac; et, si rien ne s'y oppose, on réduit la hernie sans avoir mis l'intestin à découvert. »

Cette manière d'agir, qui permet de lever l'étranglement sans ouvrir le sac herniaire, a été mise à l'essai, même pour les cas où l'étranglement était causé par le collet du sac. Luke a essayé d'amincir ce dernier par quelques scarifications qui, en diminuant sa résistance, favoriseraient sa dilatation et la réduction de l'intestin. Mais, dans un bon nombre de cas, le collet aminci se rompait au moindre effort, et on était forcé de pratiquer le débridement ordinaire.

La gravité de l'opération de la hernie inguinale étranglée est suffisamment indiquée par les résultats mentionnés par Gosselin qui, sur

(1) *Manuel de médecine opératoire*, 8^e édit., 2^e partie, p. 391.

23 opérés, a eu 11 guérisons et 12 morts, tandis que de 36 malades chez lesquels la réduction fut obtenue par le taxis, un seul succomba. Cet auteur remarque du reste, avec raison, que cette proportion considérable de mortalité fournie par l'opération tient probablement à l'époque tardive à laquelle la kélotomie put être pratiquée.

Quant à l'appréciation des différents procédés, on manque de données numériques pour l'établir, les modifications opératoires apportées par Malgaigne ayant été peu mises en pratique, et le procédé de Luke n'ayant été employé que par son auteur. Somme toute, le débridement de dehors en dehors, après large ouverture du sac herniaire, est presque seul mis en usage.

L'opération de la hernie congénitale et surtout de la hernie pariétale mérite une mention spéciale. On sait que le taxis échoue fréquemment dans les hernies vaginales étranglées; aussi Maisonneuve a-t-il donné le conseil de procéder à l'opération sans tenter la réduction par une autre voie, dès que la nature de la hernie est reconnue.

Le sac est parfois tellement mince, qu'on peut, ainsi que Meckel l'a constaté, distinguer nettement par transparence les parties qu'il renferme. Il faut donc redoubler d'attention, afin de ne pas s'exposer à blesser du premier coup l'intestin en portant sur lui le bistouri. Une autre disposition fréquente, dans ces hernies, indique également des précautions particulières; c'est l'inversion du testicule qui souvent les complique, et qui expose à la blessure des éléments du cordon au moment où l'on divise les enveloppes. Après avoir ouvert le sac, lorsqu'on recherche l'agent de l'étranglement, on doit aussi se souvenir que celui-ci est parfois constitué par des brides ou des valvules du conduit péritonéo-vaginal, brides qu'il faudra sectionner pour obtenir la réduction. Celle-ci est rendue difficile, dans certains cas, par l'adhérence que le testicule a contractée avec les viscères herniés. Autrefois, pour triompher de cet obstacle, on enlevait le testicule, pratique qui doit être absolument condamnée, bien que le testicule correspondant à la hernie soit fréquemment atteint d'atrophie. On détruira ces adhérences, en ayant soin d'arrêter l'écoulement sanguin que détermine leur section, et l'on réduira l'intestin; on pourra, dans les cas de ce genre, favoriser l'oblitération du prolongement intra-inguinal du péritoine, par quelques points de suture, que l'on fera de préférence avec du fil de catgut. Si la brièveté du cordon s'opposait à ce qu'on laissât le testicule hors du trajet inguinal, plutôt que de l'enlever il vaudrait mieux le refouler dans le trajet inguinal; mais c'est là une nécessité fâcheuse, tant au point de vue des conséquences immédiates de l'opération que de la difficulté qui en résultera dans l'application des bandages, et des inconvénients et des dangers auxquels expose la présence du testicule dans le trajet inguinal.

Dans les hernies inguino-interstitielles ou pariétales, le taxis, ainsi que l'a bien fait voir Tillaux, est toujours insuffisant et même nui-

sible. Il faut donc recourir aussitôt à l'opération, et celle-ci doit être modifiée par les conditions anatomiques que présente cette sorte de hernie. On fera, vers le milieu de l'arcade de Fallope et à 1 ou 2 centimètres au-dessus d'elle, une incision proportionnée aux dimensions de la tumeur. On divisera successivement la peau, le *fascia superficialis*, l'aponévrose du grand oblique. Le sac ayant été largement ouvert, le chirurgien dégagera les anses qu'il renferme, les attirera légèrement en bas, et, introduisant son doigt dans la profondeur au-dessus d'elles, il cherchera l'orifice supérieur du trajet inguinal sur lequel il pratiquera un débridement en tout semblable à celui auquel on a recours dans les hernies obliques externes, en portant par conséquent le tranchant du bistouri en haut et en dehors.

Enfin, dans les hernies congénitales, on ne devra jamais perdre de vue l'existence possible d'un sac profond, sous-péritonéal, dont le sac superficiel ne serait qu'une sorte de prolongement diverticulaire. Il faudra surtout penser à cette disposition anatomique lorsque, dans la réduction, l'intestin étranglé, au lieu de rentrer brusquement comme s'il était fortement attiré dans le ventre, ne se laissera refouler qu'avec peine à travers le collet du sac ou l'anneau supérieur élargi par le débridement. Le doigt introduit au travers de ce dernier donnera la certitude que l'anse réduite est encore incarcérée dans un sac profond dont on pourra d'ailleurs sentir la saillie en déprimant la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale. L'orifice de communication de cette poche avec le péritoine est trop profondément situé pour qu'on puisse l'atteindre par la voie qu'a créée l'opération, même fort agrandie: on devra donc procéder à la gastrotomie et aller chercher, dans la cavité abdominale, les deux bouts de l'intestin à l'endroit où ils pénètrent dans l'orifice herniaire pour les dégager par des tractions exercées de dedans en dehors.

2° Hernies inguinales irréductibles par leur volume.

Ces hernies qui, suivant l'expression de L. Petit, ont perdu droit de domicile dans la cavité abdominale, sont toujours des hernies scrotales, anciennes, occupant les deux côtés ou un seul côté des bourses.

Dans ce cas, les anneaux sont très-dilatés, de telle sorte que le chirurgien peut aisément, en refoulant les enveloppes de la hernie, introduire plusieurs doigts jusqu'à l'anneau inguinal interne. La tumeur molle, peu sensible à la pression, sonore dans presque toute son étendue, présente une impulsion manifeste dans la toux et dans les efforts. Les enveloppes scrotales la recouvrent sans lui adhérer, le testicule est en général situé à sa partie inférieure, quelquefois à sa partie postérieure. Si la hernie est unilatérale, elle n'en distend pas moins d'une façon à peu près uniforme toute la région scrotale, le testicule du côté sain étant situé bien au-dessus de l'extrémité inférieure de

la tumeur, le raphé étant attiré, par le fait de la distension de la peau, sur la hernie qu'il divise en moitiés souvent presque égales. Cette tumeur se continue, jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope, par une saillie qui s'atténue peu à peu et présente d'ailleurs les mêmes caractères physiques que le reste de la hernie. Quand la hernie est double, elle est en général plus prononcée d'un côté que de l'autre, et le raphé est attiré du côté où le déplacement est le plus considérable. Le prépuce, l'enveloppe cutanée de la verge sont souvent absorbés en quelque sorte.

Une palpation attentive fait reconnaître, au milieu d'anses intestinales qui se déplacent en produisant un bruit de gargouillement, des nodosités dures, disposées en chapelet ou en grappe, qui révèlent l'existence d'une portion d'épiploon induré et augmenté de volume.

Essaye-t-on de réduire ces hernies, on remarque que les anses intestinales se laissent refouler sans difficulté au travers des anneaux, mais, à mesure qu'on les réduit, de nouvelles portions d'intestin glissent entre les doigts du chirurgien et viennent remplacer, dans le sac herniaire, celles que l'on a repoussées dans le ventre. Dans d'autres cas, la hernie se réduit sans trop de difficulté; mais, en même temps, si la hernie est double, on voit la tumeur opposée se tendre, et il est manifeste que toute diminution de volume, dans une des moitiés de la tumeur, est accompagnée d'augmentation de volume de l'autre moitié. Parfois encore on réduit avec quelque peine la hernie simple ou double, et on la maintient réduite au moyen de plusieurs doigts introduits dans le trajet herniaire; mais, si l'on cherche à substituer à l'action de la main celle d'une pelote herniaire, de quelque forme qu'elle soit et quelle que soit la force du ressort qui la maintient, la hernie glisse au-dessous du bandage sous l'influence du moindre effort ou même de la station verticale. Presque toujours d'ailleurs, l'épiploon, modifié par l'inflammation chronique dont il est le siège, reste au fond des bourses. En outre, quand on maintient l'intestin dans l'abdomen et quand on le réduit, le malade accuse presque toujours une sensation pénible de plénitude et de tension du ventre.

Ces hernies volumineuses, que l'on devrait plutôt nommer des *hernies impossibles à contenir* que des *hernies irréductibles*, sont souvent le siège de coliques fixes: elles déterminent parfois une sensibilité générale du ventre, des troubles digestifs accompagnés de renvois et de vomissements; elles s'accompagnent de tiraillements qui se font ressentir péniblement à la région lombaire dans la station et dans la marche, et elles deviennent la cause d'une impotence d'autant plus marquée qu'elles sont plus anciennes, que leur volume s'accroît constamment et que les troubles fonctionnels dont elles s'entourent, loin de diminuer, vont le plus souvent en augmentant avec l'âge.

Elles sont quelquefois, bien que rarement, le point de départ de complications qui constituent un danger sérieux pour l'existence. Exposées à des froissements continuels, à des contusions répétées, elles peuvent être

atteintes d'inflammation, de péritonite herniaire. Il se peut même que l'issue brusque d'une quantité d'intestin beaucoup plus considérable que de coutume y fasse apparaître tous les phénomènes de l'étranglement.

Il résulte, de ce qui précède, que les hernies inguinales irréductibles par leur volume constituent une infirmité pénible, dont le malade ne peut espérer la guérison ni même une amélioration notable, et que tous les efforts du chirurgien doivent tendre à prévenir, en prescrivant l'application méthodique et le port régulier d'un bandage, alors que la hernie n'est pas trop volumineuse. Lorsque l'intestin a perdu droit de domicile, on n'a plus qu'à prévenir les complications, en protégeant la tumeur par un moyen contentif, tel qu'un suspensoir bien fait ou une sorte de bonnet de tissu élastique dont on la coiffe, et qui maintient les bourses relevées sur l'abdomen, en exerçant sur elles un certain degré de compression.

3° Hernies inguinales irréductibles par adhérences anciennes.

Nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit à ce sujet, à propos des hernies en général. Plus que la plupart des autres hernies, les hernies inguinales sont sujettes à des inflammations, à des poussées de péritonite herniaire, dont la conséquence est la production d'adhérences qui unissent la face interne du sac et son contenu, fréquemment l'épiploon, beaucoup plus rarement l'intestin.

Cette complication est toujours fâcheuse, car elle rend fort difficile la contention exacte de la hernie; celle-ci est presque toujours, en partie au moins, réductible; mais l'application du bandage est douloureuse, et son action est le plus souvent insuffisante, car il faut avoir recours, en pareil cas, à des pelotes concaves, et celles-ci, alors même qu'elles empêchent les parties extérieures de la hernie de s'accroître, ne peuvent s'opposer à ce que de nouvelles portions d'intestin viennent s'engager dans les parties profondes du trajet herniaire.

4° Hernies inguinales enflammées.

Les hernies inguinales peuvent être atteintes de péritonite herniaire sans que l'inflammation de la hernie soit l'effet ou la cause d'un étranglement véritable. L'existence de cet accident, qui ne se présente que rarement et que l'on ne doit pas confondre avec ces cas d'étranglement peu serré que Malgaigne avait compris avec eux dans la classe des pseudo-étranglements, est rendue incontestable par un certain nombre d'observations qui permettent d'en préciser les caractères: telles sont celles de Pott (1), de Doyen (2), de Laborde (3).

(1) Broca, *Thèse d'agrégation*, p. 62.

(2) *Bulletin de la Soc. anat.*, p. 460; 1856.

(3) *Bulletin de la Soc. anat.*, p. 138; 1862.

La plupart de ces cas se font remarquer par l'absence des phénomènes véritables de l'étranglement. Les pressions exercées sur la tumeur permettent de diminuer son volume, et l'on peut aisément introduire le doigt entre le pédicule de la hernie et l'anneau inguinal : la tumeur en général volumineuse et très-sensible ne présente pas la tension des hernies étranglées. Enfin, s'il existe des vomissements et de la constipation, les premiers ne sont pas constitués par des matières intestinales, et la seconde, qui ne va jamais jusqu'à l'absence complète d'émissions de gaz et de matières par l'anus, est même remplacée parfois par de la diarrhée (obs. de Doyen et de Laborde).

La terminaison fatale, lorsqu'elle doit se produire, est le plus souvent annoncée par la généralisation de la péritonite, d'abord circonscrite au sac herniaire. Quand, au contraire, l'inflammation entre en résolution, la tumeur devient moins sensible et diminue de volume, l'intestin qui y était compris peut être aisément réduit, l'épanchement liquide qui occupait la cavité du sac se résorbe, mais l'épiploon modifié dans sa consistance, dans son volume, et uni par des adhérences récentes à la face interne du sac, demeure le plus souvent irréductible. Il est pourtant des cas où l'intestin lui-même peut rester adhérent.

Lorsque le chirurgien est appelé à traiter une hernie inguinale de volume moyen ou de gros volume qui présente les phénomènes que nous venons de mentionner, si les accidents sont récents, si la péritonite herniaire est modérée, si l'épanchement contenu dans le sac n'est pas trop abondant et si la proportion d'intestin et d'épiploon qui s'y trouve comprise n'est pas trop considérable, il y a tout avantage à pratiquer le taxis et à réduire la hernie.

Si les accidents sont plus anciens, si la tumeur est très-volumineuse et si l'on peut craindre, en réduisant une longueur considérable d'intestin enflammé et une proportion notable de liquide épanché dans le sac, de favoriser la propagation de l'inflammation au péritoine; si l'on soupçonne que la hernie était déjà auparavant le siège d'adhérences, il vaut mieux s'abstenir, et, après s'être rigoureusement assuré qu'il n'y a aucun obstacle absolu au cours des matières et par conséquent pas d'étranglement, on cherchera à combattre l'inflammation herniaire par le repos complet, la position de la tumeur que l'on maintiendra relevée sur le ventre avec un bandage ou un suspensoir, et l'application de cataplasmes ou plutôt encore d'une vessie pleine d'eau glacée. Grâce à ces moyens, on verra le plus souvent les accidents diminuer d'intensité, le volume de la hernie se réduire; quand, au bout de quelques jours, l'on n'aura plus à craindre que la péritonite herniaire se généralise, on devra par des pressions modérées tenter d'opérer la réduction de l'intestin et de l'épiploon compris dans la hernie.

Mais si les viscères herniés résistent à ces manœuvres de taxis et si les adhérences qui résultent de l'inflammation de la hernie menacent en s'organisant de rendre l'irréductibilité définitive, tous les efforts du chi-

urgien doivent être dirigés de façon à prévenir cette conséquence éloignée de la péritonite herniaire. Lors donc que la hernie résiste aux tentatives de réduction, on doit par une compression douce et continue chercher à diminuer le plus possible le volume de la tumeur. La région inguinale se prête assez bien à l'application des bandages qui doivent remplir cette indication. Un simple spica de l'aîne, si la tumeur est peu volumineuse, ou l'enroulement autour du scrotum d'une bande élastique en caoutchouc, ou bien encore une compression ouatée faite avec soin constituera le premier temps du traitement; lorsque, par l'emploi soutenu de ces moyens, la hernie paraîtra moins volumineuse et moins tendue, le chirurgien cherchera et arrivera presque toujours à la réduire par quelques pressions nouvelles exercées avec une force suffisante. La réduction devra être maintenue par l'application et le port constant d'un bandage inguinal.

Toutes les fois qu'une hernie inguinale contenant manifestement de l'intestin devient irréductible et douloureuse, toutes les fois qu'elle présente des phénomènes d'inflammation, alors même que l'examen des symptômes abdominaux a permis, au début des accidents, d'écarter l'idée d'un étranglement, on ne doit pas perdre de vue la possibilité d'un étranglement peu serré d'abord, devenant plus étroit dans la suite, d'un de ces étranglements consécutifs qui aboutissent au même résultat que les étranglements les plus serrés. C'est principalement à propos des hernies inguinales qu'il importe de mettre les médecins en garde contre l'erreur qui consiste à prendre pour une simple inflammation de la hernie un étranglement véritable. Nous n'avons du reste rien à ajouter sur ce point à tout ce que nous avons dit à propos du diagnostic et du traitement de l'étranglement de toutes les variétés de hernies.

§ II. — Hernies crurales.

I. — HERNIES CRURALES RÉDUCTIBLES.

Les hernies crurales ont pour caractère constant de sortir du ventre en passant au-dessous de l'arcade de Fallope, entre ce ligament et le pubis, par l'orifice auquel on a donné le nom d'*anneau crural*, et de venir se présenter à la partie supérieure et interne de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa.

Désignées plus spécialement sous le nom de *mérocèles* par les auteurs anciens, qui n'avaient qu'une notion très-vague de leur trajet et de leurs rapports, elles furent pour la première fois nettement séparées des hernies inguinales par Verheyen, qui leur assigna comme siège l'endroit où les vaisseaux iliaques arrivent à la cuisse, et qui indiqua la fréquence et la gravité de leur étranglement.

Au point de vue anatomique, les hernies crurales peuvent se distinguer en *hernies communes* et en variétés *insolites, rares* ou *exception-*