

encore aujourd'hui mis en usage par plusieurs chirurgiens. Mais Malgaigne crut avoir dissipé d'un seul mot toutes ces craintes chimériques, en disant que jamais l'anneau crural n'était le siège de l'étranglement, et que l'incision pratiquée pour débrider la hernie ne risquait pas d'atteindre le ligament de Gimbernat, à plus forte raison ne pouvait intéresser des artères plus profondément situées. Cette prétention est tombée d'elle-même devant les faits qui montraient que la mort par hémorrhagie à la suite de l'opération de la hernie crurale étranglée n'était qu'une triste réalité, et que dans le débridement le ligament de Gimbernat était fréquemment sectionné; enfin Malgaigne lui-même a montré le peu de confiance que l'on pouvait avoir en son aphorisme, en substituant au débridement l'*érraillement*, la distension de l'anneau contracteur au moyen d'un instrument mousse que l'on introduit entre le collet du sac et l'intestin et avec lequel on exerce une violente traction en dedans. En proposant cette façon d'agir, il ne faisait, du reste, que rééditer un moyen mis en usage autrefois par Arnaud et Le Blanc.

La plupart des chirurgiens n'ont pas adopté cette substitution de la dilatation à la section, car elle nécessite des violences trop considérables. On en est toujours au débridement sur la partie interne du contour de l'étranglement, ou aux débridements multiples: la distension de l'anneau n'intervient plus que pour achever ce qu'a commencé l'instrument tranchant. Voici donc comment on procède: Le doigt reconnaît la partie interne du contour de l'étranglement et reste fixé à ce niveau; entre lui et l'agent de l'étranglement on glisse alors un bistouri boutonné, un bistouri herniaire ou un ténotome à pointe mousse, et, tournant le tranchant de cet instrument en dehors, on sectionne dans l'étendue de quelques millimètres le collet du sac et le tissu fibreux qui crie sous l'instrument tranchant. Si l'on craint un trop large débridement, à travers l'orifice herniaire agrandi, on fait passer une paire de ciseaux courbes fermés ou un crochet mousse quelconque, au moyen duquel on exerce une forte traction qui achève de rompre ce que le bistouri avait commencé à diviser.

Le débridement achevé, on attire l'intestin, on l'examine avec soin et on le réduit s'il y a lieu.

Pour opérer le débridement externe on commence l'opération de la même façon; puis, lorsqu'on pense être arrivé à la face externe du sac, on le détache des parties environnantes de manière à arriver jusqu'au côté interne du pédicule de la hernie. Après avoir séparé les connexions qui unissent le contour interne du collet à l'anneau fibreux on glisse au-dessous de celui-ci un ténotome à pointe boutonnée ou un bistouri herniaire, et le tranchant de ce dernier étant tourné en dehors on débride la partie interne de l'anneau dans une étendue de quelques millimètres. Par de douces pressions exercées sur le sac on cherche alors à réduire son contenu et à le faire rentrer dans la cavité abdominale en maintenant le sac fixé à l'extérieur. Si après avoir débridé l'anneau, la

hernie résistait encore à des efforts modérés de réduction, il faudrait inciser le sac et débrider sur le collet.

Luke a proposé un procédé qui permet de débrider sans même mettre le sac à découvert. L'incision qu'il préconise est dirigée de manière à découvrir l'arcade de Fallope, au-dessous de laquelle on cherche avec le doigt le pédicule de la hernie. Lorsqu'on l'a senti, on introduit au-dessous de l'arcade crurale une sonde cannelée spéciale sur laquelle on glisse un bistouri qui débride l'anneau crural par en haut. Plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de procéder, et la principale est que si le débridement ainsi pratiqué ne suffit pas, et si l'on est obligé de recourir à l'ouverture du sac, l'incision des enveloppes externes, placée beaucoup trop haut, ne donne qu'un jour insuffisant et qu'il faut en quelque sorte recommencer toute l'opération à nouveau.

C. *Résultats statistiques.* — Nous n'avons que peu de renseignements sur l'efficacité du taxis dans l'étranglement de la hernie crurale; le seul relevé qui nous donne quelques indications précises est celui de Gosselin fait en 1879. Ce chirurgien sur 104 hernies crurales étranglées n'a tenté la réduction par un taxis véritable que dans 56 de ces cas où l'étranglement avait moins de cinquante heures, 22 fois seulement la réduction a été obtenue, et dans un cas elle a été suivie de la mort du malade. Sur 113 hernies inguinales au contraire, le taxis a été employé dans presque tous les cas; il a amené la réduction dans 67 cas dont 3 se sont terminés par la mort.

Il résulte de ces chiffres que le taxis est moins souvent applicable dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale; qu'il réussit moins souvent; mais qu'employé dans les deux premiers jours de l'étranglement, il donne, lorsqu'il réussit, une guérison presque certaine et n'expose le patient qu'à peu de chances fatales.

L'opération paraît donner de meilleurs résultats pour la hernie crurale que pour la hernie inguinale. Sur 81 hernies crurales étranglées et opérées, Gosselin a obtenu 47 guérisons et 34 morts, soit 58 pour 100 de succès. Cette proportion favorable augmente encore si l'on envisage les résultats fournis par l'opération dans les deux premiers jours de l'étranglement, c'est-à-dire pratiquée dans les délais où elle est véritablement indiquée. Sur 33 hernies crurales opérées par Gosselin avant cinquante heures d'étranglement, 25 guérissent, soit 76 pour 100 de succès: sur 48 opérations pratiquées après cinquante heures, 22 seulement furent suivies de guérison, 26 se terminèrent par la mort, soit 46 pour 100 de succès seulement.

Les résultats favorables que donne l'opération du débridement des hernies crurales dans les premiers temps de l'étranglement, avant qu'il n'y ait de lésion intestinale grave et avant que l'étranglement n'ait pu retentir d'une manière trop funeste sur l'état général, s'expliquent probablement par le petit volume que présentent en général ces hernies.

Les résultats de l'opération de Petit (débridement externe) méritent

une mention spéciale. On sait que c'est principalement à la hernie crurale qu'a été appliquée cette méthode opératoire. Sur 352 cas d'opération sans ouverture du sac dont Aifre a relevé l'observation dans sa thèse, on compte en effet 239 hernies crurales. Malgré les conditions favorables que ces dernières présentent à l'opération sans ouverture du sac, celle-ci ne peut toujours être menée à bonne fin. Ainsi sur 51 opérations où le débridement externe fut tenté par A. Cooper, Luke, Colson, Gosse- lin, A. Guérin, la réduction put être obtenue 38 fois avec l'intégrité du sac; 13 fois il fallut ouvrir ce dernier.

239 hernies crurales opérées par la méthode de Petit ont fourni 180 guérisons et 59 morts, soit 75 pour 100 de succès. Ce chiffre est supérieur à celui que donne l'opération du débridement envisagée d'une façon générale, mais il n'est pas supérieur à celui que fournit l'opération avec ouverture du sac pratiquée avant cinquante heures d'étranglement. Or, c'est toujours dans ce délai que l'on pratique l'opération sans ouverture du sac. Si l'on ne devait se défier des résultats statistiques, on serait donc en droit de conclure que l'ouverture du sac n'a pas, au point de vue des résultats de l'opération, l'importance qu'on est porté à lui attribuer.

Ainsi le taxis dans l'étranglement des hernies crurales réussit moins souvent que pour les hernies inguinales. L'opération est au contraire suivie de plus de succès, et les résultats favorables de cette dernière sont d'autant plus constants qu'elle est pratiquée à une époque plus rapprochée du début des accidents. Le débridement sans ouverture du sac paraît, lorsqu'on peut y avoir recours, présenter moins de dangers que l'opération avec incision du sac herniaire.

Dans le traitement des hernies crurales étranglées le taxis avec anesthésie est le moyen de réduction, sinon le plus sûr, du moins le moins dangereux. Mais son emploi est fort limité par la rapidité très grande avec laquelle on voit se produire, dans les cas de petite hernie, de hernie marronnée, la perforation de l'intestin et la gangrène. Aussi doit-on craindre de réduire un intestin perforé, ou même de compléter par des pressions violentes une perforation qui était encore incomplète. Les mêmes considérations restreignent aussi l'application de la méthode de Petit (débridement sans ouverture du sac). Il est évident que si par le taxis on peut redouter de réduire une anse intestinale gravement compromise, le même danger se présentera lorsque, après avoir élargi l'anneau on fera rentrer dans le ventre le contenu de la hernie sans avoir constaté directement l'intégrité de l'intestin. Aussi, lorsqu'on songe que la plupart des malades souffrant peu de leur hernie ne réclament l'assistance qu'au bout de deux ou trois jours, doit-on comprendre que la kélotomie avec ouverture du sac soit presque la seule ressource que l'on possède contre l'étranglement des hernies crurales.

En faisant entrer en ligne de compte le temps qui s'est écoulé depuis le début de l'étranglement et le volume de la hernie, voici donc comment il conviendra de se conduire :

Pendant les vingt-quatre et même les trente-six premières heures, on pratiquera aussitôt le taxis avec anesthésie et, quelque soit le volume de la hernie, si l'étranglement est bien constaté, on opérera dès que l'inutilité des efforts de réduction aura été démontrée. On essayera d'abord du débridement de l'anneau, sans ouvrir le sac, et si l'on ne peut parvenir à réduire de la sorte, on ouvrira le sac dont on débridera le collet.

Du milieu du second jour jusqu'à la fin du troisième on pourra en agir de même lorsqu'on aura affaire à une hernie crurale très volumineuse; mais si la hernie est petite ou de moyen volume, il faudra se garder d'insister sur le taxis, et n'exercer que les pressions nécessaires pour s'assurer que la hernie est bien irréductible. Cette certitude acquise, on procédera sans retard à l'ouverture de la hernie; le sac ayant été incisé, on débridera et l'on ne réduira qu'après avoir examiné avec le plus grand soin l'état de l'anse intestinale herniée.

Pour toutes les hernies crurales étranglées, lorsque l'étranglement aura duré trois jours, on devra recourir d'emblée et sans taxis au débridement avec incision du sac.

Il faut, plus encore que pour les hernies inguinales, avoir constamment à la mémoire le précepte, qu'étant donnée une hernie crurale étranglée, le chirurgien ne doit quitter le malade qu'après avoir levé l'étranglement par le taxis ou par l'opération, si le taxis a été insuffisant ou s'il a dû être écarté comme dangereux.

#### 2° Hernies irréductibles sans étranglement.

Nous avons à passer en revue un certain nombre d'états anatomiques dans lesquels la hernie est irréductible, en totalité ou en partie, d'une façon passagère ou définitive, sans qu'il y ait de constriction du contenu de la hernie au niveau des orifices qui lui donnent passage. Ces hernies irréductibles, mais non point étranglées, quoiqu'elles soient d'une observation moins commune à la région crurale qu'à la région inguinale, doivent être connues à cause des confusions auxquelles elles peuvent donner lieu. Elles se présentent avec un ensemble de phénomènes qui peuvent les faire ranger sous les trois titres suivants :

Tantôt la hernie, depuis longtemps irréductible, ne détermine ni accidents locaux, ni phénomènes de voisinage du côté du ventre, ni état général particulier; tel est le cas des hernies graisseuses et des épiplocèles irréductibles par adhérences anciennes.

Tantôt la tumeur crurale paraît enflammée sans que cette inflammation s'accompagne d'accidents du côté du ventre et de la séreuse abdominale: c'est ce qui s'observe dans les épiplocèles irréductibles par inflammation récente, et dans certains cas d'épiplocèles irréductibles anciennes ou de lipomes herniaires enflammés.

Tantôt enfin, avec les symptômes locaux on observe des phénomènes

abdominaux, tels que nausées, vomissements, constipation, tension et sensibilité du ventre, phénomènes qui font naître l'idée d'un étranglement.

L'intérêt que présentent au point de vue du diagnostic les faits relativement peu nombreux que nous allons passer en revue justifie l'ordre suivant lequel nous allons successivement les envisager.

1° *Des hernies crurales irréductibles qui ne s'accompagnent pas d'accidents.* — A. *Hernies graisseuses.* — Ces hernies, lorsqu'elles sont petites et indolentes, restent souvent ignorées du malade lui-même, qui, s'il en connaît même l'existence, n'y attache le plus souvent aucune importance. Plus volumineuses, elles font une saillie appréciable à la vue au-dessous de l'arcade crurale; au toucher on sent une masse plus ou moins résistante, rarement molle et semi-fluctuante, généralement lobulée, peu mobile. Avec beaucoup d'attention, on parvient à reconnaître en arrière de la tumeur un point par lequel elle paraît s'enfoncer dans les parties profondes: c'est le pédicule. Du reste, cette tumeur irréductible ne présente pas d'impulsion dans les efforts et dans la toux: parfois néanmoins la pression la fait diminuer et l'on peut même entendre à ce moment un gargouillement manifeste; c'est que derrière la hernie graisseuse existe un sac dans lequel vient s'engager une anse intestinale.

Ces hernies graisseuses sont souvent le siège d'une sensibilité assez marquée dans la marche et surtout à la pression. Cette douleur est l'indice d'une phlegmasie légère qui se termine par résolution au bout de quelques jours de repos et qui n'est jamais assez vive pour faire rougir la peau. Cependant Gosselin a vu cet état subinflammatoire, en se communiquant probablement au péritoine que double le lipome herniaire, déterminer une irradiation des douleurs dans le ventre et quelques symptômes qui ont pu induire en erreur des observateurs novices ou inattentifs. Suivant cet auteur, l'inflammation des hernies graisseuses n'arrive jamais à la suppuration.

B. *Épiplocèles irréductibles par adhérences anciennes.* — A la suite d'une ou de plusieurs poussées douloureuses, par le fait d'une inflammation larvée qui reste inaperçue pour le malade lui-même, on voit l'épiploon, primitivement réductible, contracter des adhérences d'abord molles, puis fibreuses, organisées avec le sac herniaire. L'épiplocèle est alors devenue définitivement irréductible.

Le volume des tumeurs constituées par ces épiplocèles irréductibles est des plus variables; il peut aller de la grosseur d'une noisette à celle du poing. Ce sont des tumeurs globuleuses ou aplaties, de consistance pâteuse, généralement lobulées, mobiles sous la peau et sur les parties profondes auxquelles elles sont rattachées par un pédicule souvent difficile à sentir. Si l'on explore par la palpation le côté correspondant du ventre, au-dessus de l'arcade de Fallope, on peut sentir quelquefois la corde épiploïque qui est tendue sous la paroi abdominale;

mais cette sensation est moins nette et plus rarement obtenue que lorsqu'on a affaire à une épiplocèle inguinale. Les épiplocèles irréductibles ne s'accompagnent d'aucun trouble des fonctions abdominales, mais elles sont le plus souvent un peu sensibles à la pression. La toux communique une légère impulsion à la tumeur.

Parfois la tumeur donne une fluctuation évidente; on reconnaît manifestement une collection liquide que l'on peut parfois refouler assez pour sentir la masse solide, pâteuse, lobulée qu'elle recouvre ou qu'elle renferme. Il s'agit alors, soit d'un hygroma formé dans une bourse séreuse accidentelle développée en avant de la tumeur, soit d'une accumulation de liquide dans le sac herniaire dont le collet est oblitéré par l'épiploon adhérent (*kystes sacculaires*).

Ces épiplocèles irréductibles deviennent parfois le siège d'accidents passagers que nous allons décrire.

2° *Hernies crurales irréductibles et enflammées.* — A. *Épiplocèles crurales enflammées.* — L'épiploïte subaiguë ou chronique se présente quelquefois d'une façon insidieuse, sans aucune réaction générale, sans autre phénomène local que l'irréductibilité passagère de l'épiploon enflammé; il s'agit alors de hernies jadis réductibles et qui, depuis un temps assez court mais qu'il est souvent difficile de préciser avec rigueur, sont devenues irréductibles. La hernie, qui n'est point ou qui est à peine douloureuse, offre les caractères que nous avons assignés aux épiplocèles irréductibles par adhérences anciennes; mais au bout de quelques jours, sous l'influence seule du repos et de la compression, on voit la tumeur diminuer, puis céder aux manœuvres de réduction et disparaître. On peut être certain dans ce cas que l'on avait affaire à une épiplocèle dans laquelle une inflammation en quelque sorte larvée avait déterminé la formation d'adhérences molles, récentes, entre la face interne du sac et l'épiploon, adhérences dont ont pu triompher les tentatives de réduction, après la résolution de la péritonite herniaire légère qui les avait produites.

D'autres fois, ainsi que Gosselin en cite un exemple, la tumeur petite, arrondie, sans changement de coloration à la peau, détermine des douleurs spontanées assez intenses qu'exagèrent la marche et la pression. La sensibilité très-vive de la région empêche de constater l'existence d'un pédicule, la sensation de corde épiploïque fait défaut, et l'on est porté à croire à l'existence d'une adénite subaiguë marchant vers la suppuration. Mais le repos, les applications émollientes font, au bout de quelques semaines, disparaître les douleurs spontanées; et sous l'influence de la compression on voit un jour la hernie se réduire.

B. *Épiploïte aiguë.* — Une hernie épiploïque, soit antérieurement irréductible, soit réductible en totalité ou en partie, peut devenir le siège d'une inflammation aiguë, caractérisée par une augmentation notable de la tumeur, avec fluctuation (due à l'accumulation de liquide dans le sac herniaire), rougeur à la peau, douleur puisatille très-vive,

A ces phénomènes se joignent de la fièvre, parfois un peu d'état gastrique et quelques nausées, de la constipation, de la sensibilité du ventre surtout aux environs de l'anneau crural. Mais il n'existe pas de vomissements ou du moins de vomissements caractéristiques, le ventre est modérément développé et n'est jamais dur et tendu, des gaz ont été émis et sont journalièrement rendus par l'anus. Cette poussée inflammatoire peut se résoudre; la hernie, si elle était réductible auparavant, peut se réduire après que la tension de la tumeur, la rougeur, la fluctuation, auront successivement disparu; dans d'autres cas l'épiploon demeure définitivement irréductible. Parfois la suppuration surviendra; la peau s'amincissant, une incision donnera issue à une quantité variable de pus, et, ainsi que Gosselin l'a observé dans un cas, on pourra voir l'épiploon mortifié se présenter par l'ouverture de l'abcès et s'éliminer.

3° *Péritonite herniaire dans les entéroécèles. Pseudo-étranglements.* — Le seul exemple actuellement connu de hernie intestinale enflammée, devenue irréductible par adhérences sans qu'il y eût de constriction de l'intestin et par conséquent d'étranglement, est relaté dans une observation de Trélat, publiée dans la thèse de Mougeot. Non-seulement il s'agissait dans ce cas d'un fait absolument rare, mais nous avons fait voir ailleurs que, chez le malade en question, les accidents étaient identiques à ceux de l'étranglement, et qu'il n'y avait aucun intérêt pratique à séparer les cas de pseudo-étranglements atteignant une hernie intestinale des étranglements véritables.

DIAGNOSTIC. — Les hernies crurales irréductibles peuvent être confondues avec d'autres tumeurs développées dans la même région: dans certaines conditions elles pourraient être prises pour des hernies étranglées. Il faut à ce propos revenir à la distinction qui vient d'être faite entre les hernies irréductibles (épiplocèles crurales et hernies graisseuses) qui ne s'accompagnent pas d'accidents récents, et ces mêmes tumeurs lorsqu'elles sont le siège d'une inflammation aiguë ou subaiguë.

1° Quand l'épiplocèle irréductible par adhérences ou la hernie graisseuse n'offre ni douleurs spontanées, ni sensibilité à la pression, on ne saurait la confondre qu'avec un engorgement chronique des ganglions lymphatiques situés au niveau de l'*infundibulum femorali vasculaire*. Lorsque l'épiplocèle est assez volumineuse, qu'elle présente une consistance lobulée, qu'elle est nettement réunie aux parties profondes par un pédicule, l'erreur n'est pas possible, surtout si les commémoratifs accusent l'existence antérieure d'une hernie qui sortait et rentrait quelques mois ou quelques années auparavant. La plupart des engorgements des ganglions inguinaux seront, d'autre part, reconnus à la multiplicité des ganglions atteints, à leur forme particulière, à leur mobilité, à la possibilité de trouver le point de départ de l'adénopathie dans une affection de l'anus, des organes génitaux externes, du membre inférieur.

Mais quand la tumeur est unique, petite, grosse comme une noisette

ou un marron au plus, de consistance égale et lisse, que sa situation profonde ne permet pas de rechercher l'existence ou l'absence d'un pédicule, qu'il n'y ait pas d'impulsion à la toux et que tout commémoratif fait défaut, on doit parfois rester dans l'incertitude. On sait que l'on ne peut compter sur la sensation de corde épiploïque décrite par Velpeau dans les hernies crurales. Le traitement et l'observation prolongée du malade serviront à lever les doutes.

Si le diagnostic doit rester douteux parfois entre la hernie irréductible et les affections ganglionnaires, à plus forte raison en est-il de même quand il s'agit de décider si c'est à une épiplocèle irréductible ou à une hernie graisseuse que l'on a affaire. On peut dire toutefois que la hernie graisseuse est généralement plus superficielle, plus aplatie, moins circonscrite, de consistance plus molle que la tumeur formée par l'épiploon; mais ce sont là des caractères relatifs dont l'appréciation est bien souvent difficile.

Quand la hernie irréductible présente de la fluctuation véritable, tout l'intérêt du diagnostic consiste à établir si l'on a affaire à un kyste véritable développé soit dans le sac herniaire, soit en avant de lui, ou si cette collection liquide communique avec le péritoine par quelque portion non encore oblitérée du collet du sac. Dans ce but les manœuvres les plus soutenues et les plus multipliées de réduction seront tentées: on examinera le malade aux différentes heures de la journée, successivement couché et debout. Si dans toutes ces explorations répétées la tumeur présente le même degré de tension, le même volume, on pourra supposer qu'elle est complètement indépendante du péritoine. On n'oubliera pas en outre de constater l'absence de sonorité à la percussion, de gargouillement, et s'il est possible la transparence, car il faut se rappeler qu'à la région crurale on a pris des hernies intestinales pour des kystes.

Le kyste, une fois reconnu avec certitude, devra presque toujours être rapporté à la présence d'une hernie, car les autres kystes de la région crurale (kystes ganglionnaires, kystes hydatiques) sont exceptionnels et leur existence a même été révoquée en doute. Mais si, dans certains cas de hernies crurales pour lesquelles le malade n'a jamais porté de bandage, on peut négliger l'hypothèse d'un hygroma développé dans une bourse séreuse accidentelle située en avant d'un sac herniaire, le plus souvent la distinction de cette affection d'avec l'hydrocèle du sac herniaire (kystes sacculaires) ne pourra être établie avec certitude.

Quand il existe des accidents locaux inflammatoires, le diagnostic avec l'adénite subaiguë ou chronique présente des difficultés bien plus grandes. Les ouvrages classiques offrent la relation d'un grand nombre d'erreurs commises dans des cas semblables; Gosselin, entre autres, rapporte une observation dans laquelle son diagnostic dut rester en suspens pendant plusieurs jours. En l'absence de commémoratifs, l'exploration du pédicule étant rendue impossible par la sensibilité de la

tumeur, on est réduit à attendre, en observant la marche des événements, les lumières qui résulteront de l'issue de cette poussée inflammatoire. S'il s'agit d'une hernie épiploïque enflammée, le repos, la compression prolongée quelques jours, la feront diminuer, et souvent alors quelques manœuvres de taxis détermineront la réduction de la hernie : l'adénite au contraire marchera le plus souvent vers la suppuration.

On ne saurait trop à ce propos mettre en garde contre la fluctuation que présentent les tumeurs irréductibles et enflammées de l'aîne : on a souvent cru à un abcès alors qu'on n'avait affaire qu'à une accumulation de liquide dans un sac herniaire et l'on conçoit la gravité d'une semblable erreur. Pour l'éviter il suffira de se rappeler que, dans les adénites inguinales, la peau est toujours rouge et le tissu cellulaire sous-cutané engorgé, lorsque le pus est collecté ; que dans l'hydrocèle aiguë du sac herniaire au contraire, la fluctuation, beaucoup plus manifeste, ne s'accompagne pas de modification du côté des téguments. Dans tous les cas, on fera bien, s'il y a quelque doute, d'attendre pour ouvrir l'abcès présumé que la peau commence à s'amincir.

L'épiplocèle enflammée est-elle définitivement irréductible, ou pourra-t-elle être réduite après la résolution de l'inflammation ? Quand, avant l'inflammation aiguë ou subaiguë, la hernie rentrait en totalité, il y a beaucoup de chances pour que sous l'influence d'un traitement bien entendu l'irréductibilité ne soit que passagère. Même pour les épiplocèles qui sont assez longtemps restées sans être réduites, la compression et le repos peuvent triompher des adhérences et ramener la hernie à l'état de hernie réductible : mais lorsqu'on manquera de renseignements précis sur la date du début des accidents, on fera bien de garder la réserve sur ce point, surtout si la proportion d'épiploon comprise dans le sac est considérable.

Enfin, dans les cas où il existe des accidents du côté du ventre et des phénomènes généraux, la hernie enflammée ne peut plus être confondue qu'avec une entérocele étranglée. Nous avons assez insisté, à propos du diagnostic général de l'étranglement, sur cette question qui n'offre rien de spécial à la hernie crurale, pour qu'il soit superflu d'y revenir.

TRAITEMENT. — Les hernies épiploïques irréductibles par adhérences anciennes ont une tendance naturelle à augmenter constamment de volume ; d'autre part, même lorsqu'elles ne comprennent d'abord pas d'intestin, celui-ci peut y descendre et s'y étrangler. Elles doivent être contenues au moyen d'un bandage crural à pelote ordinaire ou à pelote concave, si la hernie est volumineuse ou sensible et si la pression d'une pelote convexe y provoque l'apparition de douleurs.

Quand il survient quelque poussée inflammatoire, le repos au lit et l'application de cataplasmes suffisent pour arrêter la marche des accidents ; quand la hernie cesse d'être douloureuse spontanément on substitue aux topiques émollients la compression qui favorise la reprise des

exsudats inflammatoires et qui amène en peu de jours la réduction du volume de la hernie.

Ce moyen doit surtout être mis en usage lorsque l'on a affaire à une épiplocèle jusqu'alors réductible, et qui, sans inflammation bien manifeste, est devenue depuis peu de temps irréductible. On exerce la compression au moyen d'un fort tampon d'ouate dont on recouvre la tumeur et que l'on maintient à l'aide d'un spica de l'aîne, ou mieux avec une bande de caoutchouc. Ce bandage est resserré tous les deux ou trois jours. Au bout de six ou huit jours on constate d'ordinaire la diminution du volume de la tumeur, et quelques pressions peuvent faire rentrer l'épiploon.

Enfin, quand il existe un kyste sacculaire ou un hygroma présacculaire bien manifestement indépendant du péritoine, on pratiquera une ponction que l'on fera suivre, après l'évacuation du liquide, d'une injection iodée.

#### § IV. — Hernies ombilicales.

On comprend généralement sous le nom de hernie ombilicale toute tumeur en rapport avec l'ombilic et contenant dans son intérieur un ou plusieurs des viscères de l'abdomen.

D'autres dénominations ont encore été employées pour désigner cette affection : les unes, de même que la précédente, sont tirées du siège occupé par la tumeur, tels sont les termes d'*exomphale*, d'*omphalocèle* ; les autres reposent sur la nature des viscères qui forment la hernie, comme *hépatomphale*, *hépatocèle*, *entéromphale*, *épiplomphale* ; enfin certains auteurs adoptent encore comme synonymes les expressions de *hernies ventrales*, d'*éventrations ombilicales*, expressions tout à fait impropres, attendu qu'elles ont été appliquées à des affections différentes des hernies ombilicales, et que, pour certains cas, elles semblent vouloir préjuger du mode de formation de quelques-unes de ces tumeurs.

La définition que j'ai donnée de la hernie ombilicale embrasse dans sa généralité des lésions offrant entre elles des différences capitales, et ces différences s'expliquent si l'on considère les modifications importantes que subissent dans leur développement la paroi abdominale et par suite l'ombilic.

Dans les premiers temps du développement de l'embryon, les parois de l'abdomen manquent à peu près complètement et représentent une sorte de gouttière largement ouverte en avant. Les bords de cette gouttière se rapprochent bientôt les uns des autres, de manière à circonscrire de plus en plus l'ouverture ombilicale par laquelle sort le pédicule de l'allantoïde, chargé des vaisseaux nourriciers, pédicule et vaisseaux qui formeront le cordon ombilical, lorsque l'allantoïde sera devenu le placenta. Une gaine dépendante de l'amnios entoure les vaisseaux du cordon et se continue au pourtour