

double dont les deux ressorts sont réunis en arrière par une large courroie. Cette forme de brayer se tient souvent plus solidement appliqué qu'un bandage simple; aussi, dans ces derniers temps, s'est-on décidé parfois à l'appliquer d'emblée lorsqu'on avait affaire à une hernie simple difficile à maintenir réduite. Ce moyen ne saurait être approuvé d'une manière générale à cause des inconvénients que peut avoir la pression de la pelote; mais on n'en sera pas moins content, parfois, d'obtenir à ce prix la contention de la hernie dans les cas difficiles.

Les dimensions de la pelote qui doit dépasser un peu l'anneau, sa forme, la direction de la pression de l'extrémité antérieure du ressort, la détermination exacte de la force de ce dernier, tels sont les points qui doivent être pris en considération chez chaque individu affecté de hernie, et qui varient naturellement suivant la forme spéciale de la hernie, la configuration de la région qui en est le siège et les exigences diverses qu'imposent les occupations du malade. Dans les lignes précédentes nous avons cherché à formuler les principes suivant lesquels doit agir la force du ressort, mais, avouons-le tout de suite, il existe des cas dans lesquels, en dépit de l'observation la plus rigoureuse de ces principes, le chirurgien et le bandagiste ne parviennent qu'après une série de tâtonnements à construire un bandage convenable.

§ 92. — Vu la grande fréquence des hernies survenant peu de temps après la naissance, nous avons à discuter la question de savoir à *quel âge on peut appliquer un bandage herniaire*. Les objections que l'on peut faire à l'emploi de ce dernier chez de tous jeunes enfants, tels que la crainte d'excoriations et d'une pression trop forte, l'apparition assez fréquente d'eczéma dans le voisinage de l'appareil, ne sont pas suffisantes pour faire rejeter l'application aussi hâtive que possible d'un bandage herniaire; nous en dirons autant d'un autre inconvénient, à savoir que chez l'enfant le bandage est constamment exposé à être mouillé et ne peut, par conséquent, être maintenu longtemps en bon état. Il est vrai que chez les petits enfants, il sera nécessaire d'avoir recours à certains moyens dans le but d'empêcher que le bandage ne soit rongé par la rouille et ne perde toute solidité. S'il s'agit d'un brayer ordinaire recouvert de toile ou de cuir, on fera bien de l'enduire d'un corps gras afin d'empêcher l'humidité de pénétrer à travers cette enveloppe; malheureusement, pour que ce moyen soit efficace, on sera obligé d'y revenir souvent. On peut aussi entourer le bandage d'une étoffe imperméable ou le recouvrir de temps en temps d'une couche de vernis.

Lorsqu'il survient des excoriations ou de l'eczéma, on peut souvent continuer néanmoins l'emploi du bandage en plaçant sur ces excoriations de petites compresses recouvertes d'une couche de cérat ou d'une pommade à l'acide borique ou à l'acétate de plomb. Lorsque ces lésions sont très étendues, on enlève temporairement le bandage, et l'on traite les parties malades, suivant les règles ordinaires, par l'application de

compresses froides d'eau de Goulard ou d'onguent à l'oxyde de zinc. Une fois la guérison obtenue on applique de nouveau le bandage.

Quoiqu'il en soit, il est certain que l'on doit chez les enfants appliquer un bandage herniaire dès que l'on découvre l'existence d'une hernie, car, d'une part, on peut espérer obtenir d'autant plus rapidement et plus sûrement la guérison d'une hernie inguinale que l'on aura eu plus tôt recours à l'emploi d'un bandage; d'autre part, l'étranglement de la hernie dans la première enfance, lorsqu'on néglige de la maintenir réduite, n'est point un accident rare.

Une fois que l'on a appliqué un bandage herniaire, on doit le faire porter constamment, du moins pendant le jour, car ce sont précisément les hernies continuellement maintenues par un brayer qui, lorsqu'elles viennent à sortir, s'étranglent facilement. Aussi le porteur d'une hernie doit-il posséder au moins deux bandages afin de pouvoir, au besoin, remplacer immédiatement celui qui est appliqué s'il venait à se détériorer. Doit-on faire porter le bandage pendant la nuit? Les chirurgiens ne sont pas complètement d'accord à ce sujet. Dans le repos en décubitus dorsal la plupart des hernies ont, il est vrai, la tendance à rester réduites; ce n'est donc pas sans motif que l'on a conseillé de laisser de côté le bandage pendant les heures de sommeil; on épargne ainsi au malade les inconvénients que présente le brayer laissé à demeure pendant la nuit, inconvénients qui s'observent surtout lorsque ce dernier n'est pas solidement fixé, de sorte que, dans les déplacements inévitables qu'il subit dans le décubitus dorsal, la pelote glisse loin de l'anneau. Mais, d'autre part, si l'on prend en considération le fait que la hernie sort facilement la nuit dans les accès de toux ou les changements de position, on devra cependant se décider à faire porter également un bandage bien appliqué pendant les heures de sommeil. La plupart des individus affectés de hernies s'y habituent très facilement, à condition que le bandage soit convenablement adapté.

Les hernies qui ne peuvent être complètement réduites, surtout celles dans lesquelles des paquets d'épiploon sont restés dans le sac herniaire, exigent l'emploi d'une **pelote concave** si l'on ne veut pas tenter l'opération radicale avec les précautions antiseptiques. Une pelote de ce genre n'offre pas tous les avantages d'un bandage appliqué après réduction complète de la hernie, mais elle ferme l'anneau indirectement par la pression qu'elle exerce sur l'épiploon hernié. Aussi l'excavation ne doit-elle pas être trop profonde, afin que la pelote puisse comprimer la hernie jusqu'à un certain point.

Si l'on ne réussit pas à réduire des hernies volumineuses, ce qui arrive parfois, surtout dans les hernies inguinales internes d'individus âgés, avec un anneau très large s'étendant en dedans vers la symphyse, c'est en première ligne à l'opération radicale antiseptique que l'on aura recours. Mais si l'on a des motifs suffisants pour ne pas tenter cette opé-

ration (âge avancé, maladie, etc.), ou que le patient refuse de s'y soumettre, on devra du moins chercher à empêcher la hernie de s'agrandir au moyen d'un bon suspensoir, que l'on fera bien, en général, de munir de bretelles afin de donner à la hernie un soutien plus efficace. Mais avant que l'on en arrive à cette dernière ressource, il faut que l'on ait épuisé tous les moyens de contention de la hernie par un bandage.

§ 93. — L'irréductibilité ou immobilité d'une hernie peut être due à diverses circonstances. Il peut même arriver qu'une hernie soit irréductible dès son apparition.

L'irréductibilité est due en première ligne à des adhérences du contenu de la hernie avec les parois du sac. Dans les paragraphes consacrés à l'étude anatomique des hernies, nous avons déjà longuement insisté sur les adhérences de l'intestin, ainsi que sur celles de l'épiploon avec le sac herniaire (ces dernières sont relativement beaucoup plus fréquentes que les premières); nous pouvons donc y renvoyer simplement le lecteur. Nous avons déjà rappelé alors que l'on observe aussi des adhérences congénitales du testicule avec l'épiploon.

Nous ne devons pas comprendre parmi les adhérences de l'intestin les cas dans lesquels une partie de ce dernier, non complètement entourée par le mésentère, a pénétré dans le sac herniaire; il en est de même de certaines dispositions particulières qui se présentent surtout dans les hernies très volumineuses, et qui consistent en ce qu'une partie du côlon, en descendant peu à peu dans la grande cavité péritonéale de la hernie, entraîne avec elle dans le sac herniaire une portion de son attache mésentérique (hernies du côlon, hernies des ovaires et des trompes avec déplacement du ligament large, etc.).

Dans l'un et l'autre cas on ne parvient pas à refouler le contenu de la hernie dans la cavité abdominale parce qu'une partie de ce contenu est reliée organiquement à la paroi du sac. Du reste les altérations que peut subir l'épiploon dans l'intérieur du sac, sont, même en l'absence d'adhérences, une cause fréquente d'irréductibilité de la hernie. Le paquet épiploïque s'altère dans l'intérieur du sac, et se renfle en forme de masse (§ 84), et dans cet état d'hypertrophie il ne peut plus être refoulé dans la cavité abdominale à travers l'orifice étroit de la hernie.

Dans les entéroécèles très volumineuses il peut aussi arriver qu'après une longue persistance de la hernie, la capacité de la cavité abdominale ait diminué au point qu'il soit impossible d'y faire rentrer, du moins immédiatement, tout le contenu du sac herniaire. Il est vrai que, dans ces cas, d'autres obstacles, tels que le déplacement des attaches mésentériques, s'opposent aussi assez souvent à la réduction.

§ 94. — Il résulte de notre exposé qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître exactement la cause de l'irréductibilité d'une hernie. On facilitera le diagnostic en pratiquant d'abord le taxis suivant la méthode indiquée plus haut (§ 91). Une fois que l'on est parvenu à réduire la por-

tion mobile de la hernie, on examine la partie restée dans le sac. Nous avons déjà vu comment on distingue l'épiploon de l'intestin. Le son tympanique à la percussion et la consistance relativement molle de l'intestin rempli de gaz, la forme rubanée particulière que donne à la palpation l'intestin vide, et, d'autre part, la consistance plus dure, plus compacte des paquets d'épiploon hypertrophiés, permettront, en général, de poser facilement le diagnostic. Par contre, il est assez souvent difficile, surtout dans les hernies crurales, de reconnaître s'il s'agit de l'épiploon faisant partie de la hernie ou d'un lipome sous-séreux appendu au sac herniaire; il peut ainsi arriver que l'on croie avoir affaire à une épiplocèle irréductible alors qu'il n'en est rien. Un fait qui, le plus souvent, m'a permis de faire ici le diagnostic, c'est que les lipomes sous-séreux viennent volontiers se placer au côté externe de la hernie crurale, au-dessous du ligament de Poupert, tandis que la tumeur épiploïque siège plus directement au-dessous de l'anneau crural. B. SCHMIDT dit avoir pu décider parfois s'il s'agissait d'un lipome sous-séreux ou d'une épiplocèle en soulevant la peau avec les doigts au-dessus de la hernie, et en saisissant ensuite la tumeur de façon à s'assurer si elle se trouve directement sous la peau, ou si elle est encore entourée d'une membrane pouvant être plissée. Les hernies cœcales siégeant à droite peuvent être souvent reconnues comme telles à la percussion; de même on peut parfois diagnostiquer des adhérences avec le testicule lorsque ce dernier occupe une position élevée, et se trouve en relation bien constatée avec le contenu du sac herniaire. Dans les hernies volumineuses et anciennes, on reste assez souvent dans le doute sur la part que prennent à l'irréductibilité du contenu du sac, soit l'intestin adhérent ou descendu avec son attache mésentérique et rempli de matières fécales, soit l'épiploon soudé à la surface interne du sac ou hypertrophié. Ce n'est qu'après un long repos dans le décubitus dorsal et des essais répétés de réduction que le diagnostic gagne peu à peu en précision.

§ 95. — Les inconvénients d'une hernie irréductible sont plus considérables que ceux d'une hernie mobile. D'abord une hernie de ce genre est, à un bien plus haut degré, une cause de gêne et de souffrances pour celui qui en est affecté. La tumeur herniaire gêne les mouvements, surtout s'il s'agit de hernies volumineuses, et par suite des troubles du péristaltisme, on voit souvent survenir des symptômes de dyspepsie avec douleurs intolérables dues au tiraillement de l'estomac et du côlon.

Les hernies irréductibles constituent aussi bien plus souvent un véritable danger pour la vie. Dans le prochain paragraphe nous ferons mention de l'engouement qui se produit principalement dans ces cas. Mais comme nous allons le voir, les autres occasions de troubles des fonctions intestinales sont nombreuses dans les cas de hernies adhérentes. Il est vrai que lorsqu'une hernie de ce genre existe depuis longtemps, l'anneau et le collet du sac s'élargissent peu à peu et ne sauraient être une cause