

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

d'étranglement aussi fréquente qu'on devrait s'y attendre au premier abord; mais, par contre, la disposition anatomique des parties contenues dans le sac, l'existence de cordes épiploïques adhérentes limitant des espaces étroits en forme de fentes dans lesquelles des anses intestinales peuvent pénétrer et s'étrangler, la possibilité de torsions dans l'axe et de coudures de l'intestin, telles sont les circonstances diverses qui peuvent être autant de causes d'étranglement herniaire. Même un simple paquet d'épiploon mobile peut, ainsi que le fait remarquer ROSER, déterminer un étranglement par pression sur le collet du sac à la façon d'une soupape. Enfin nous devons encore mentionner le danger d'une inflammation dans le sac herniaire, inflammation qui, dans ces cas, est plus fréquente que lorsqu'il s'agit d'une hernie mobile, réductible.

Eu égard à ces dangers, on cherchera à obtenir la réduction de la hernie par différents moyens. Dans les cas de hernies volumineuses existant depuis longtemps, la réduction, lorsqu'elle est possible, ne peut être obtenue que lentement. Les individus porteurs de hernies de ce genre doivent rester au lit le siège élevé et suivre un régime sévère; de temps en temps le chirurgien fait des tentatives de réduction de l'intestin hernié. Ainsi que nous l'avons vu antérieurement, les larges adhérences de l'épiploon et la descente d'insertions mésentériques dans le sac herniaire jouent un rôle important dans la question de la possibilité d'une guérison; mais c'est surtout l'âge des malades qui impose des limites à nos moyens d'action. Chez les vieillards décrépits affectés de hernies volumineuses, mieux vaut renoncer à la réduction.

Les petites hernies devenues irréductibles par suite d'adhérences épiploïques ou d'une hypertrophie de l'épiploon, n'exigent d'abord, d'une façon générale, pas d'autre traitement que celui que nous venons de décrire. Souvent on obtient alors rapidement de bons résultats par le taxis répété, le malade étant couché le siège élevé, et soumis à une diète sévère. On favorise, en outre, la réduction par l'application de vessies de glace ou de sachets de sable sur la région de la hernie. Par l'emploi de ces derniers moyens on voit souvent disparaître, au bout d'un temps assez long, il est vrai, des hernies tout à fait irréductibles. S'il reste un paquet d'épiploon dans le sac herniaire, on applique, une fois la réduction obtenue, un bandage à pelote concave.

Les adhérences intestinales ont plus de gravité. Lorsqu'elles existent depuis un certain temps, elles résistent le plus souvent à toute tentative de réduction; le taxis n'a sur elles aucune influence, il ne fait tout au plus que chasser dans l'abdomen le contenu des anses herniées. De même le procédé décrit plus haut ne donne ordinairement aucun résultat. Quant aux pelotes concaves, on comprend qu'elles soient ici de peu d'utilité puisqu'elles ne font pas disparaître les inconvénients attachés à une hernie irréductible, et qu'elles peuvent même jusqu'à un certain point augmenter les dangers que court le malade.

Si par les moyens indiqués jusqu'ici, on réussit à faire rentrer dans la cavité abdominale une partie des hernies irréductibles, il arrive assez souvent cependant que l'on ne parvient pas à opérer la réduction, et cela précisément dans des cas où cette réduction serait fort à désirer en raison des accès de colique et de gastralgie qui gênent beaucoup le malade dans ses occupations, abstraction faite des dangers d'étranglement auxquels il est exposé. L'expérience acquise dans ces dernières années nous autorise à conseiller vivement dans ces cas une **intervention opératoire avec les précautions antiseptiques**. Il est vrai qu'une opération radicale de hernie adhérente ou non exige que le chirurgien qui veut l'entreprendre soit absolument maître de la méthode antiseptique; il faut, en effet, posséder un certain degré d'expérience pour pouvoir observer en tous points les règles de l'antisepsie dans une opération de ce genre, et pour être en état d'appliquer un pansement de Lister bien occlusif malgré le voisinage des organes génitaux, de façon à épargner à l'opéré tout danger de décomposition putride, de phlegmon, de péritonite.

§ 96. -- Nous allons maintenant décrire brièvement la méthode opératoire dans les cas de **hernies irréductibles, et de grosses hernies réductibles, mais ne pouvant être maintenues par un bandage**, en nous basant sur notre propre expérience et sur celle d'autres chirurgiens (CZERNY, SCHEDE, RIESEL, SOCIN, etc.). Mais en même temps nous ferons remarquer que nous ne sommes nullement d'avis que la méthode opératoire employée jusqu'ici soit parfaite, et que, pour le moment, nous ne sommes pas en état de juger jusqu'à quel point la guérison est durable.

Supposons d'abord que nous ayons affaire à un cas simple de cure radicale antiseptique d'une grosse hernie non adhérente, nous aurons le choix entre deux méthodes différentes dont nous avons déjà fait mention plus haut (§ 90), à savoir celle qui est dirigée contre le sac herniaire, et celle dans laquelle on cherche à obtenir l'occlusion de l'anneau, à moins qu'on ne trouve plus rationnel, d'une manière générale, d'agir à la fois sur ces deux parties de la hernie, c'est-à-dire de provoquer l'oblitération complète du sac ou l'occlusion de ce dernier au niveau de son collet, et de chercher en même temps à fermer l'anneau au moyen de sutures. Au point de vue historique nous devons rappeler que STEELE est le premier qui ait essayé d'obtenir l'occlusion de l'anneau par voie antiseptique au moyen de sutures au catgut. SCHEDE ayant eu affaire à des cas en partie très compliqués, n'a pas cherché à fermer l'anneau par des sutures, mais s'est adressé à des procédés consistant à provoquer l'oblitération du sac ou l'occlusion de son collet; par contre CZERNY et RIESEL, se basant sur le résultat de leurs opérations, conseillent de mettre en pratique simultanément les deux méthodes opératoires. En tout cas les chirurgiens dont nous venons de citer les noms, sont unanimes à admettre que **l'oblitération du sac doit toujours être tentée**. Pour ma part, dans un certain nombre d'opérations radicales de hernies, j'ai ordinairement cherché à réunir l'anneau par suture après avoir pratiqué l'excision et la ligature du sac. Plusieurs fois