

gnostic entre une hernie étranglée et une hernie enflammée. Les symptômes permettant de reconnaître sûrement que l'on a affaire à des hernies enflammées font ordinairement défaut, et l'on est souvent obligé alors de baser le diagnostic sur toute la marche de la maladie ainsi que sur les données anamnestiques.

Les phénomènes locaux de **crépitation** que l'on constate à l'exploration du sac herniaire, ont surtout de l'importance dans les formes adhésives relativement bénignes; aussi ce signe n'a-t-il que peu de valeur. La constatation d'un liquide rapidement formé, la transparence de la hernie dans les formes à exsudat plutôt séreux (ALBERT), peuvent sans doute aussi, dans quelques rares cas, mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic, que facilite d'ailleurs parfois l'existence d'un **œdème inflammatoire** des téguments dans les cas d'inflammation purulente. Au début on parvient encore assez souvent à réduire la hernie, ce qui donne naturellement au diagnostic un plus haut degré de certitude, surtout lorsque, par l'introduction du doigt dans l'anneau, on peut se convaincre, par exemple dans les hernies inguinales, qu'il n'existe pas de cause d'étranglement au niveau de cet orifice. La douleur offre aussi quelque chose de caractéristique en ce sens qu'elle s'étend à toute la hernie, tandis que dans l'étranglement elle ne se fait sentir au début qu'au niveau du collet; ce symptôme perd naturellement toute sa valeur dès que la hernie a été soumise à des tentatives répétées de taxis. L'absence de symptômes locaux sûrs est d'autant plus regrettable que les autres phénomènes observés peuvent ressembler beaucoup à ceux de l'étranglement; en effet l'inflammation du sac herniaire s'accompagne parfois dès le début de vomissements et de constipation, tout aussi bien que l'étranglement; par contre, dans d'autres cas, ces symptômes sont beaucoup moins accusés et peuvent même faire entièrement défaut, ou bien encore ils varient beaucoup ou ne se manifestent que plus tard avec l'apparition d'une péritonite généralisée.

Afin de n'avoir pas à revenir sur l'inflammation du sac herniaire, nous ajouterons quelques mots sur le **traitement** de cette affection.

Vu l'incertitude du diagnostic au début, aucun chirurgien sans doute n'hésitera à essayer le taxis, c'est-à-dire la réduction de la tumeur dans la cavité abdominale toutes les fois qu'il se trouvera en présence d'une hernie auparavant réductible; les tentatives de taxis seront même assez souvent couronnées de succès dans les cas d'inflammation exsudative ayant entraîné la formation d'adhérences. Dans les autres formes, au contraire, on commettrait certainement une faute en s'adressant à un tel procédé. Une hernie diverticulaire avec ulcère perforant, dans le cas où elle serait réductible, ce qui est heureusement rare, aurait des conséquences plus graves dans la cavité abdominale que dans le sac herniaire; de même un lambeau d'épiploon en voie de suppuration ou de gangrène, sans qu'il y ait eu jusque là communication du foyer morbide avec la cavité abdominale, provoquera, une fois la réduction opérée, une péritonite suppurée. Lorsqu'on est parvenu à diagnostiquer la suppuration du sac herniaire, le seul traitement possible consiste dans l'ouverture de l'abcès. L'incision du sac a été assez souvent pratiquée dans ces cas, mais le plus souvent dans l'idée de lever l'étranglement. Une fois le sac ouvert, on aura des

motifs plus que suffisants pour ne pas réduire dans la cavité abdominale des tissus enflammés, soit l'intestin, soit surtout l'épiploon.

Jusqu'au moment de l'intervention opératoire qui peut devenir nécessaire suivant les circonstances, on se contentera de l'application d'une vessie de glace, et de l'administration de l'opium à l'intérieur et en injections hypodermiques.

§ 105. — Pour que l'on pût établir d'une façon correcte l'indication du traitement opératoire de la hernie étranglée, il serait à désirer que l'on réussit auparavant à poser sûrement le diagnostic du siège de l'étranglement. Dans la plupart des cas, un diagnostic sûr est impossible; cependant, on parvient quelquefois, par la palpation du pédicule de la tumeur, à sentir en un point déterminé un cordon annulaire d'une dureté si marquée que, déjà avant l'incision de la peau, on peut admettre avec bien peu de chances d'erreur que la constriction est produite par l'anneau ou par le tissu conjonctif qui entoure le sac herniaire. C'est ce que l'on reconnaît parfois encore plus exactement après l'incision des téguments.

Tous les autres signes sont incertains, et il suffit de lire les opinions diverses des auteurs à ce sujet pour juger, d'après les contradictions qu'elles renferment, le peu de valeur qu'il faut attribuer à ces propositions générales. Au point de vue théorique, on a certainement raison de supposer que l'étranglement s'est produit de préférence par l'anneau lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie toute récente, qui ne présente pas encore la soudure cicatricielle des replis péritonéaux constituant à proprement parler le collet du sac herniaire. Par contre, c'est à un étranglement par le collet du sac que l'on songerait plutôt si l'on avait affaire à une hernie ancienne ayant subi pendant longtemps la pression d'un bandage. Si dans les cas où la **herniotomie externe** peut se trouver justifiée, on s'habitue à ne diviser d'abord que les enveloppes externes au niveau du collet du sac, de façon à pouvoir débrider l'anneau rétréci, peu importe que l'on n'ait pu reconnaître sûrement, avant l'incision cutanée, la cause de l'étranglement; il n'en résultera aucun inconvénient sérieux. Du reste, depuis que nous opérons les hernies sous la sauvegarde de la méthode antiseptique, cette question n'a plus du tout la même importance qu'autrefois.

106. — Nous avons, dans les pages précédentes, étudié le côté anatomo-pathologique et clinique de l'étranglement, sans nous occuper d'abord du mécanisme de sa production. Nous avons vu que l'étranglement de l'intestin offrait les symptômes de l'irréductibilité à côté de ceux de l'**arrêt du cours des matières**, ainsi que des signes de **gêne circulatoire** d'intensité variable affectant l'anse intestinale étranglée. Ces phénomènes ne sauraient être attribués à une cause analogue à la constriction d'une artère par une ligature, car même dans les formes les plus foudroyantes de hernies étranglées, il est toujours possi-