

Ses dimensions varient comme le degré de dilatabilité des anneaux, depuis le calibre d'une plume d'oie jusqu'au volume du poing et même davantage. Son axe est le plus souvent dirigé vers le centre de l'abdomen, mais par exception, dans certaines hernies très obliques, il peut être masqué par une sorte de repli valvulaire.

b. *Collet du sac*. — Lorsque, dans une hernie récente, une portion plus ou moins grande du péritoine s'engage dans un orifice relativement étroit, la séreuse est obligée de se plisser comme une bourse dont on aurait serré les cordons. Plus elle s'engage, plus les plis se multiplient. Ils sont d'abord simplement en contact les uns avec les autres. Peu à peu ils contractent entre eux des adhérences par le contact pro-

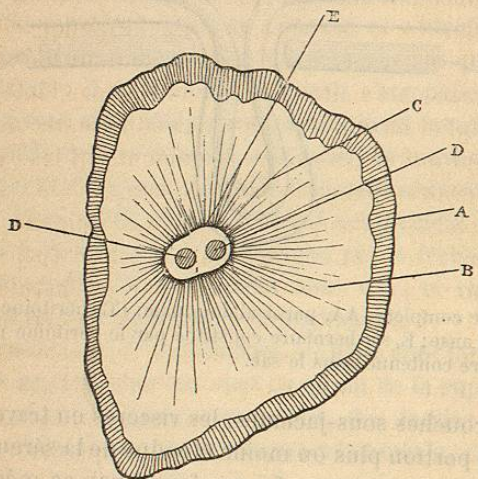


Fig. 73. — Collet du sac et plis rayonnés, vus de l'intérieur de la cavité abdominale. A, paroi abdominale; B, péritoine; C, plis rayonnés autour du collet; DD, les deux bouts engagés dans le sac et sectionnés transversalement; E, collet du sac.

longé des surfaces séreuses. Le collet est alors constitué. Les plis primitifs se trouvent à ce moment remplacés par une série de lignes et de plaques blanchâtres disposées comme les branches d'une étoile à plis rayonnants. Ces lignes sont tantôt à peine visibles, tantôt saillantes en crête, ou forment parfois de véritables colonnes fibreuses. On les désigne sous le nom de *stigmata* (J. Cloquet).

En même temps apparaissent des modifications à la surface extérieure du collet. Il devient plus adhérent, et le tissu cellulo-adipeux qui le tapisse s'épaissit et se vascularise.

A ce moment le collet forme un anneau fibreux, plus épais que le reste du sac, dur, rigide, inextensible.

Il est prouvé aujourd'hui que tous ces phénomènes qui caractérisent la formation et l'évolution du collet sont le résultat d'un travail de phlegmasie chronique : péritonite plastique et adhésive du côté de la

séreuse, amenant l'adhérence des plis péritonéaux et la formation des stigmata; formation de tissu conjonctif nouveau à l'extérieur, jouissant de la rétractilité des tissus fibro-celluleux. Ce travail phlegmasique lent est dû, en partie, à l'irritation causée par la pression du bandage (Gosselin), mais surtout à l'influence manifeste que le déplacement pathologique d'un organe exerce sur la transformation du tissu cellulaire en tissu fibreux.

Le collet présente d'ailleurs des aspects variables. Tantôt complet, formant un anneau serré, ferme, rigide, il est parfois incomplet, ne parcourant que la moitié ou les deux tiers d'un cercle; d'autres fois enfin, il est spiroïde. Il est, dans certains cas, si peu épais qu'il forme un véritable anneau tranchant, mais il peut constituer aussi un véritable canal. Enfin, surtout dans les grosses hernies, il peut manquer complètement.

Quand il existe, il est en rapport avec le contour fibreux ou fibro-celluleux des anneaux herniaires. Il leur adhère par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire plus ou moins lâche. Ces adhérences ne sont pas toujours absolument intimes, ainsi que le démontrent les cas de réduction en masse des hernies étranglées par le collet.

c. *Corps du sac*. — Le corps du sac subit d'ordinaire peu de modifications. Cependant il peut être tantôt aminci, tantôt épaissi.

L'amincissement ne se rencontre que sur les hernies très volumineuses; il est le résultat de la distension de la séreuse, et s'accompagne quelquefois de vergetures et d'éraillures. L'épaississement, quand il existe, peut tenir à plusieurs causes: une sorte de transformation fibreuse, l'infiltration graisseuse de la séreuse, ou bien la formation de néo-membranes organisées, de nature inflammatoire. Exceptionnellement, enfin, il peut se faire dans le sac des dépôts calcaires.

Enveloppes extérieures du sac. — En dehors du sac on trouve des lamelles aponévrotiques en nombre variable, du tissu cellulaire et de la peau.

La peau, à part quelques érythèmes, est ordinairement saine. Les couches sous-cutanées, qui d'abord sont simplement refoulées par le sac herniaire, contractent peu à peu avec lui des adhérences plus ou moins intimes, et à la longue ce sac, à cause de ces adhérences, devient irréductible. D'ailleurs, le tissu cellulaire subit quelques modifications: quelquefois il s'épaissit et s'indure, mais souvent les couches cellulaires s'amincissent, se multiplient, et les feuillets cellulaires et aponévrotiques se décomposent en un nombre relativement considérable de feuillets secondaires reliés entre eux par des adhérences lâches. De plus, ces tissus s'infiltrent souvent de graisse. Celle-ci peut se déposer entre les feuillets cellulaires, ou former une masse adhérente au sac. Dans ce cas, il existe un lipome herniaire.

Enfin, entre le sac herniaire et la peau, il peut exister au sein du tissu cellulaire de véritables cavités séreuses. Elles sont de plusieurs ordres.

Mentionnons d'abord les kystes et pseudo-kystes sacculaires, sacs herniaires déshabités, qui, suivant qu'ils ont ou non gardé une communication avec le péritoine, forment les pseudo-kystes sacculaires ou les kystes sacculaires. Ils sont refoulés par une nouvelle hernie, qui les repousse, en les étalant à sa surface le plus souvent.

Les autres cavités séreuses sont de véritables hygromas développés dans le tissu cellulaire lamelleux. Ils sont produits, pour les uns, par un taxis prolongé et violent; pour les autres, par l'action des bandages (Broca); enfin, dans certains cas, leur production n'a pas été expliquée. Suivant leur situation, on les distingue en kystes pré-herniaires ou péri-herniaires.

Anomalies du sac herniaire. — Avant de quitter l'étude des enveloppes, nous devons signaler certaines dispositions irrégulières du sac, tenant soit à sa forme, soit à sa disposition.

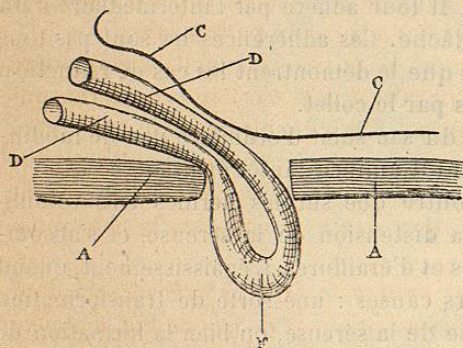


Fig. 74. — Hernie sans sac; AA, paroi abdominale; CC, péritoine; DD, intestin; F, anse herniaire sans sac.

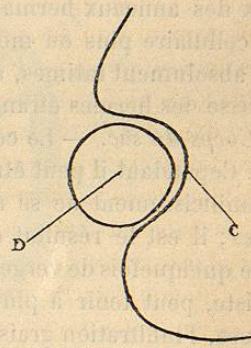


Fig. 75. — Rapports du cæcum et du péritoine; C, péritoine glissant au devant de D, cæcum sectionné en travers.

Tout d'abord, ainsi que nous l'avons indiqué, le sac herniaire peut faire défaut. Cette disposition existe dans les hernies traumatiques par cicatrice, dans lesquelles le péritoine pariétal a été déchiré avec le reste des parois, et dans les hernies congénitales formées avant le développement du péritoine pariétal. Enfin, on l'observe encore quand la hernie est formée par un viscère incomplètement enveloppé par le péritoine, comme la vessie ou le cæcum. Cependant le plus souvent, dans ces cas, il y a un sac incomplet, latéral, pour ainsi dire.

Nous signalerons pour mémoire les sacs bosselés et lobulés. Il est une autre variété de sac anormal désignée sous le nom de sacs à *collets multiples*, dont la formation est expliquée par la théorie du refoulement des collets.

Voici en quoi elle consiste : supposons un sac muni d'un collet complet suffisamment rétracté pour empêcher un intestin nouveau de descendre dans son intérieur; qu'une pression nouvelle tende à chasser de

nouveau les viscères au dehors, ce collet sera repoussé, entraînant une nouvelle portion de péritoine qui va former un nouveau sac, lequel à son tour sera muni d'un collet. Si ce mécanisme se répète plusieurs fois, on aura une série de sacs superposés communiquant par des collets multiples. Les sacs à *appendice renversé* ne sont qu'une variété de cette espèce.

Il peut y avoir aussi des sacs doubles partagés en deux par une bride celluleuse et deux sacs passant par le même orifice.

Enfin, il est une variété très rare de sacs irréguliers connue sous le nom de *hernie propéritonéale*. On désigne ainsi un sac partagé en deux parties, dont l'une traversant l'anneau herniaire s'épanouit au dehors, tandis que l'autre, restée intra-abdominale, se place entre la face interne de la paroi et le péritoine pariétal qu'elle décolle, c'est-à-dire dans le tissu sous-péritonéal. Les deux sacs communiquent ordinairement par un collet peu serré, mais le plus souvent le véritable collet est situé au point d'ouverture du sac profond dans la cavité péritonéale.

Cette disposition, plus fréquente à l'anneau inguinal, a été observée aussi à l'ombilic et à l'anneau crural. Elle n'est en général rencontrée que dans des cas d'étranglement. Elle a été diversement expliquée. Dans certains cas, elle paraît due à l'existence de diverticules péritonéaux; mais le plus souvent elle semble produite par le refoulement partiel et habituel d'une partie d'un sac herniaire dans le tissu sous-péritonéal (Gosselin).

Enfin, quelquefois, le sac tout petit peut être plongé au sein d'un amas graisseux. On se trouve alors en présence de ce que l'on a appelé le *lipome herniaire*. Pour les uns, ce lipome herniaire entraînant au dehors un diverticule péritonéal serait le premier degré de la hernie. Pour d'autres, au contraire, ce lipome aplatisant et enveloppant le sac, serait l'agent de la guérison. Enfin, le sac peut subir des dégénérescences cancéreuses, tuberculeuses, etc.

Contenu de la hernie. — Tous les viscères abdominaux peuvent être rencontrés dans les hernies. Les reins et le pancréas eux-mêmes ont été exceptionnellement trouvés dans des hernies diaphragmatiques congénitales, jamais dans aucune autre.

Les viscères, le plus souvent déplacés, sont par ordre de fréquence : 1° l'épiploon et l'intestin grêle; 2° l'S iliaque, le colon transverse, le cæcum et son appendice; 3° l'ovaire et les trompes; 4° la vessie et l'utérus; 5° l'estomac, le foie, le duodénum (J. Cruveilhier).

L'intestin et l'épiploon seuls constituent les hernies communes; tous les autres viscères ne sont que rarement déplacés.

Toutes les parties de l'intestin peuvent se rencontrer dans les hernies. C'est cependant l'intestin grêle qui forme à lui seul le plus grand nombre de ses déplacements. La présence du gros intestin est moins fréquente, mais elle a été aussi constatée dans presque toutes les varié-

tés. Ses portions le plus souvent herniées sont le cæcum et l'S iliaque. Les hernies peuvent contenir tantôt plusieurs anses intestinales, tantôt une anse unique, quelquefois une anse incomplète. Dans les cas où une seule partie du calibre intestinal est comprise dans le sac, on dit que l'intestin est pincé. Ce pincement herniaire est formé tantôt par une portion d'étendue variable de la paroi intestinale, tantôt par un diverticule intestinal, le plus souvent alors congénital. Enfin, lorsqu'une hernie souvent réduite se reproduit, c'est ordinairement la même portion intestinale qui ressort, ainsi que le démontrent les lésions mésentériques et intestinales que l'on rencontre dans les vieilles hernies.

Le mésentère y est en effet épaissi, allongé, hypertrophié, variqueux. L'intestin est quelquefois légèrement épaissi et on y rencontre des traces de lésions inflammatoires.

L'épiploon peut être hernié soit seul, soit avec l'intestin. Dans ce dernier cas, il est le plus souvent situé en avant de l'intestin. On ne le trouve jamais dans les hernies des enfants au-dessous de un an, car il ne se développe que dans la première année. Dans les hernies anciennes il a perdu sa souplesse, il est épaissi, adhérent, infiltré de plaques fibreuses et graisseuses, traces d'inflammation ancienne. Quelquefois il peut aussi devenir variqueux et kystique. Enfin, dans certains cas, il fournit une enveloppe complète à l'intestin formant un sac épiploïque complet, concentrique du sac proprement dit. Le plus souvent, il y a entre ces deux sacs des adhérences plus ou moins étendues.

Les ovaires et les trompes exceptionnellement rencontrés dans les hernies y sont ordinairement ensemble. Cette variété de hernie peut être inguinale, crurale ou ovulaire; elle est plus fréquente à droite, et souvent l'ovaire hernié est altéré.

L'utérus qui a été exceptionnellement observé dans les hernies inguinales y est ordinairement entraîné par la trompe. On a noté aussi quelques hystérocèles, mais celles-ci ne comprennent guère que des utérus gravidés.

La vessie n'a été rencontrée que dans les hernies inguinales et crurales. Tantôt saine, tantôt altérée, elle n'est guère que partiellement déplacée et accompagnée ordinairement d'un sac herniaire incomplet.

Les hernies du foie, très rares, n'ont été signalées qu'à l'ombilic et à l'épigastre. Elles peuvent être totales dans les hernies congénitales, elles ne sont que partielles dans les hernies acquises. La portion herniaire est séparée du reste de l'organe par un sillon très marqué.

La présence de l'estomac dans les hernies, très rare aussi, n'existe guère que dans les hernies diaphragmatiques; plus rarement encore on observe des déplacements partiels de cet organe dans les hernies ombilicales et épigastriques.

Enfin, le déplacement de la rate, total ou partiel, est absolument exceptionnel en dehors des hernies diaphragmatiques.

§ 3. — Symptômes des hernies.

Les hernies présentent des symptômes physiques et des signes fonctionnels.

α. *Symptômes physiques.* — Toute hernie constitue une véritable tumeur. Les signes physiques sont constants, sauf dans certaines hernies internes. Dans les hernies diaphragmatiques, les signes physiques consistent seulement dans des modifications de l'auscultation et de la percussion des organes thoraciques.

Dans tous les autres cas la hernie forme une tumeur appréciable à la vue et au toucher. Si cependant elle est très petite ou recouverte par des couches épaisses, il faut pour la reconnaître un examen très attentif.

Les hernies offrent de très grandes variétés de forme et de volume. On en rencontre de coniques, de globuleuses, sphéroïdales, cylindriques, etc. Leur forme varie en partie suivant la région où elles se montrent. Leur surface, ordinairement lisse et unie, peut être quelquefois bosselée. La peau, sauf quelques érythèmes dus ordinairement à la pression des brayers, est saine à leur niveau. La base de la tumeur est ordinairement large, rarement pédiculée. Leur volume est aussi très variable. A ce sujet, on les a divisées en *petites, moyennes et grosses*, sans démarcation bien nette.

A la palpation, la tumeur est molle, dépressible, peu tendue. La tension varie suivant le contenu et le moment de l'examen. Les entéro-cèles sont plus élastiques et plus fermes que les épiplocèles. Pendant l'effort, la tumeur est plus résistante et plus tendue que pendant le repos complet. Si la hernie est incomplète, le doigt introduit dans l'anneau ressent, pendant la toux, un choc qui tend à le repousser en dehors ce choc est produit par l'intestin refoulé qui cherche à ressortir. Même sensation, si l'on répète la même manœuvre, sur une hernie complète après l'avoir réduite. Enfin quand l'on palpe une hernie complète, en se rapprochant de l'anneau, la tumeur est constituée par une partie plus dure, plus étroite, allongée; c'est le pédicule herniaire.

A une percussion légère et douce, la tumeur est sonore. Mais cette sonorité est variable suivant la nature du contenu. Dans le cas d'entéro-cèle pure, elle est totale: le son est clair et rappelle celui de la percussion de l'abdomen. Si l'intestin est recouvert d'épiplocèle, on n'observe qu'une sonorité peu marquée, de la submatité plutôt. Dans les cas d'épiplocèle pure, ou lorsque le sac contient beaucoup de liquide, la tumeur est absolument mate.

Enfin la tumeur est *réductible*, et cette réductibilité se produit soit lorsque le malade se place dans certaines positions et surtout dans le décubitus dorsal, soit après certaines pressions méthodiques dont l'ensemble constitue la manœuvre appelée *taxis*. Un intestin que l'on réduit

rentre dans le ventre en faisant entendre un bruit particulier hydro-aérique à grosses bulles, appelé *gargouillement*. Ce bruit est le signe pathognomonique de la réduction de l'intestin. La hernie ainsi rentrée peut ressortir soit spontanément, soit dans certaines positions, souvent même sous l'influence d'un effort tel qu'un cri, un accès de toux, etc.

Ces signes physiques peuvent présenter quelques variétés suivant le contenu de la hernie. Les hernies de l'estomac se gonflent avec un bruit de glou-glou pendant l'ingestion des boissons et en même temps deviennent mates à la percussion. Les hernies hépatiques sont à la fois mates et solides. Les hernies vésicales s'accroissent par la réplétion naturelle de l'organe, diminuent par la miction ou le cathétérisme. Celles qui contiennent le testicule ou l'ovaire offrent un petit corps solide, arrondi, lisse, mobile et sensible.

Les épiplocèles pures ont des caractères particuliers. La tumeur est ordinairement irrégulière et lobulée, absolument mate. Elle est molle, pâteuse, dépressible, indolente, et se réduit lentement par une pression douce et continue, sans produire le moindre gargouillement. Elle contient souvent de petites parties indurées, devient partiellement irréductible, et l'on trouve alors dans l'abdomen une corde tendue qui semble relier la portion herniée au centre du ventre. C'est le pédicule désigné par Velpeau sous le nom de *corde épiploïque*. Dans l'entéro-épiplocèle on retrouve, à la fois et par places, les caractères de l'entéro-cèle et de l'épiplocèle. Les deux parties de la hernie présentent leurs caractères particuliers de réductibilité.

β *Signes fonctionnels*. — Ils peuvent quelquefois faire absolument défaut. Souvent la hernie donne naissance à un peu de *douleur*. Celle-ci est inconstante, s'accuse pendant la toux ou l'effort, ou bien quand la hernie reste au dehors.

La forme de cette douleur est variable, simple gêne, tiraillement dans quelques cas; elle peut aussi donner au malade la sensation d'un poids considérable, de tractions énergiques. Enfin certaines hernies provoquent des douleurs vives, très intenses, rendant l'existence très pénible. Leur siège est variable aussi. Ordinairement localisée à la région herniaire, cette douleur est superficielle et ressemble à une névralgie légère; elle peut être causée par un bandage trop serré. D'autres fois elle paraît siéger dans la profondeur des viscères. Enfin, elle peut aussi s'irradier à la plus grande partie de l'abdomen, et devenir assez vive pour rendre la marche à peu près impossible; mais ces cas sont rares. On a noté encore l'existence de véritables névralgies dues à des compressions de fibres nerveuses par la pelotte.

A côté de ces douleurs, on a signalé des *troubles intestinaux* très marqués. Ils sont souvent nuls, surtout dans les petites hernies. Il peut exister des troubles gastriques, des dyspepsies ou bien des tiraillements intestinaux, des tranchées de coliques, des diarrhées fréquentes. On a

observé aussi chez certains hernieux une tendance marquée aux indigestions. Tous ces troubles fonctionnels se trouvent surtout dans les hernies anciennes et volumineuses; mais on n'a jamais bien expliqué leur irrégularité et leur inconstance.

L'issue de certains organes entraîne des troubles fonctionnels spéciaux; c'est ainsi que l'on a signalé des troubles de la marche dans les hernies vésicales; dans les hernies de l'estomac, des troubles gastriques très variés et très intenses; un gonflement périodique et douloureux dans les hernies de l'ovaire; de fréquentes sciaticques accompagnent les hernies ischiaticques; des coliques hépatiques existent dans les hépatocèles. Tous ces phénomènes particuliers peuvent éclairer le médecin au point de vue du diagnostic du contenu de la hernie.

Diagnostic des hernies. — Lorsqu'une hernie se présente avec l'ensemble des symptômes que nous venons d'étudier, le diagnostic en est ordinairement facile. Il est plus difficile quand certains symptômes font défaut.

Deux des symptômes qui manquent le plus souvent sont la sonorité et la réductibilité totale. La matité d'une hernie peut tenir à la présence du liquide dans le sac, mais alors on trouve de la fluctuation; à un sac graisseux ou épiploïque, ou à la présence d'un épiplocèle ou même d'un lipome herniaire. Le plus souvent ces particularités seront reconnues par l'examen attentif de tous les signes physiques.

L'irréductibilité même partielle tient soit à des adhérences, soit à la présence d'accidents qui seront étudiés plus loin.

Le diagnostic différentiel des hernies doit se faire avec une série d'affections variables suivant les régions et plus utilement étudiées en traitant des hernies en particulier.

A l'ombilic, la hernie ne peut guère être confondue qu'avec une hernie aqueuse, complication de l'ascite. A l'aîne, on doit différencier les hernies d'une série de tumeurs réductibles, comme les abcès froids, les tumeurs variqueuses et le varicocèle, l'hydrocèle congénitale, certains kystes du cordon, ou bien des tumeurs de forme double, comme l'hydrocèle en bissac, certains kystes ganglionnaires, les kystes sacculaires, etc. Dans tous ces cas, l'examen détaillé des symptômes, l'absence de pédicule herniaire, la transparence parfois, la fluctuation, la rénitence suffiront ordinairement à établir le diagnostic. Du reste, nous étudierons tous ces points en détail au chapitre consacré aux hernies crurales et inguinales.

Dans certains cas une hernie peut être méconnue, soit parce que la tumeur est si petite qu'elle peut passer inaperçue, soit parce que à sa petitesse se joint une situation profonde, comme par exemple les hernies ischiaticques ou ovalaires, ou que les parties molles qui les recouvrent sont très épaisses. On peut aussi souvent méconnaître les hernies internes. Enfin certaines hernies faciles à réduire peuvent être méconnues parce

qu'elles ne sont jamais au dehors au moment de l'examen du chirurgien.

La hernie reconnue, il faudra encore en diagnostiquer le contenu.

Les entéroécèles seront révélées par leur souplesse et leur élasticité spéciale, leur sonorité totale, leur réduction brusque avec gargouillement. Les entéro-épiplocèles se distingueront à ceci, que la tumeur est partie mate, partie sonore; la portion sonore élastique et la portion mate souple et molle. De plus, elles se réduisent en deux temps, l'intestin d'abord, l'épiploon ensuite et plus lentement. L'épiplocèle pure sera molle et pâteuse sous le doigt, entièrement mate. Elle contient des petits noyaux indurés et se réduit lentement sous une pression continue, et souvent on trouve la corde épiploïque. Il est parfois très difficile de différencier l'épiplocèle d'un lipome herniaire.

Les organes anormalement herniés se reconnaîtront à certains signes particuliers. L'ovaire et le testicule ont un volume et une sensibilité spéciales. La vessie présente des changements de volume suivant qu'elle est pleine ou vide. L'estomac se gonfle pendant l'ingestion des boissons en produisant un bruit de glou-glou, etc.

Enfin, pour terminer, le chirurgien devra reconnaître si la hernie se fait par un anneau naturel ou un orifice accidentel; si la hernie est oblique ou directe, si elle est complète ou incomplète, congénitale ou acquise.

§ 4. — Évolution de la hernie.

Une fois formée, la hernie tend le plus souvent à s'accroître d'une façon continue quand elle n'est pas maintenue. Son accroissement est variable suivant les cas.

Les hernies à formation brusque ou hernies de force ont en général un développement ultérieur peu accentué. Les hernies qui se forment lentement et qui sont ordinairement des hernies de faiblesse tendent au contraire à s'accroître presque indéfiniment, tantôt par brusques secousses, tantôt d'une façon lente et insensible.

Quand elles atteignent un volume énorme, il devient souvent impossible de les réduire complètement, soit parce que les viscères contractent des adhérences anormales, soit parce que l'abdomen, ayant perdu l'habitude de contenir ces intestins, n'en tolère plus la réduction. On dit alors que la hernie a perdu *droit de domicile* dans la cavité abdominale. La hernie devient *incoercible* parce que nul bandage n'est capable de la maintenir.

Cette marche que nous venons d'indiquer est la règle. Cependant, dans certains cas, on constate une évolution contraire; la hernie peut guérir. Cette terminaison est sous la dépendance de certaines conditions telles que la condition sociale du sujet, le volume de la hernie, l'époque de son apparition, son mode de contention.

a. Condition sociale. — Les hernies guérissent plus facilement chez les

sujets appartenant aux classes aisées, parce qu'ils peuvent mieux se soigner et éviter les efforts musculaires violents.

β. Volume de la hernie. — Ce sont seulement les hernies petites qui peuvent guérir, et parmi celles-ci encore mieux celles qui sont incomplètes, à cause de l'intégrité des anneaux et de la facilité de la contention.

γ. Époque d'apparition de la hernie. — Celles qui se montrent à la naissance ou pendant le premier âge ont, plus que toutes les autres, tendance à guérir. Elles sont toutes liées à un retard de développement des anneaux; leur contention, en facilitant la terminaison complète de ces anneaux, en assure la guérison facile: cette contention doit être absolue et continue.

Les hernies de la seconde enfance, de l'adolescence et du début de l'âge adulte peuvent guérir encore, quoique plus rarement. L'influence de la contention est ici prédominante. Les hernies qui surviennent après trente ans, et toutes les hernies de faiblesse se montrant dans l'âge mûr et la vieillesse sont incurables.

δ. Contention. — A part les hernies du premier âge, toutes les hernies qui ne sont pas maintenues ou qui le sont insuffisamment sont toujours incurables.

Parmi celles qui sont absolument bien contenues et qui le sont nuit et jour, les unes guérissent, les autres au contraire peuvent rester stationnaires mais ne rétrocedent pas.

Mécanisme de la guérison. — Cette guérison est le résultat de modifications du côté des anneaux et du côté du sac. Les anneaux ne prennent part à la guérison de la hernie que lorsque celle-ci se produit avant leur complet développement. Dans ce cas, leur évolution ultérieure amène une coarctation suffisante pour s'opposer à la reproduction de la hernie.

Les modifications du sac sont plus importantes. Tantôt le sac rentre dans l'abdomen, tantôt au contraire il reste au dehors.

Dans le premier cas, si le sac n'a pas encore un collet organisé et fibreux, il peut se déplisser, rentrer tout à fait et disparaître. Si, au contraire, le collet est résistant et fibreux, le sac n'est pas détruit, mais refoulé, demeure dans l'abdomen vide mais intact et se place ordinairement dans le tissu sous-péritonéal. Dans le second cas, le sac resté au dehors peut s'oblitérer par des mécanismes divers. Le collet peut subir une coarctation telle qu'il arrive à se fermer complètement (Demeaux). D'autres fois la cavité même du sac peut être oblitérée par la production d'adhérences entre les parois: dans ce cas la guérison peut ne pas être toujours définitive. Enfin le sac peut être rapetissé et amoindri par la production d'un lipome herniaire.

Quel qu'en soit du reste le mécanisme, la guérison ne s'observe que chez les hernies constamment maintenues par un bon bandage.

Pronostic des hernies. — La guérison ne pouvant être espérée que dans