

cessus a lhésif ou cicatriciel, ou l'obturation de ce canal à l'aide d'un bouchon organique.

Dans les deux cas précités nous avons cherché, en faisant le tassonnement du collet du sac réséqué, à obtenir son union intime avec les piliers en provoquant un travail inflammatoire adhésif.

Dans les hernies de l'enfance et de la jeunesse, il faut employer le bandage avec persévérance, c'est un moyen simple, inoffensif, donnant souvent une guérison complète.

Les opérations dites *modernes*, ou à ciel ouvert, opérations sanglantes, doivent être réservées pour les hernies volumineuses et incontrôlables ou pour les hernies irréductibles. En raison des douleurs que le bandage provoque, et de la tendance qu'ont ces hernies vers un accroissement progressif, il est permis d'intervenir par l'opération sanglante.

Les hernies irréductibles ou incoercibles ne sont pas seulement une infirmité pénible, mais encore un danger permanent pour celui qui les porte : étranglement subit et danger de mort. L'opération serait donc indiquée quand le bandage herniaire est *mal supporté* ou *inefficace*, qu'il ne peut maintenir la hernie réduite.

Lo sque tout moyen de contention est inefficace, c'est-à-dire si la hernie est incontrôlable, ou encore si elle est irréductible, il faut opérer, car la tumeur augmente graduellement et devient assez volumineuse pour gêner toute relation sociale. Ces conditions sont suffisantes pour justifier l'intervention. Disons de nouveau que les procédés modernes de cure radicale consistent à ouvrir directement la cavité du sac, réduire les viscères herniés et fermer le canal inguinal. L'opération ne diffère pas sensiblement de la kélotomie simple.

Les procédés les plus ordinairement suivis sont la ligature du collet du sac, avec ou sans son extirpation, ou encore ouverture du sac et drainage du collet sans suture de l'anneau.

Tous les procédés sont dirigés contre le collet du sac, l'orifice herniaire et contre le sac.

Les organes herniés et irréductibles sont ordinairement traités de la manière suivante : Pour l'épiploon, la règle est de le réséquer, après l'avoir lié par faisceaux, et d'en refouler le moignon dans la cavité abdominale, ou encore de le fixer entre les piliers, dans le but d'obtenir une oblitération plus solide du trajet inguinal.

Pour l'entéroécèle irréductible ou incoercible, le chirurgien doit en tenter la dissection, et si elle est impossible, enlever le lambeau séreux auquel il adhère et réduire le tout.

Les résultats obtenus par les opérations précédentes ne mettent pas infailliblement les malades à l'abri de toute récurrence; il est démontré, aujourd'hui, que les récurrences sont même nombreuses; mais l'opération offre l'immense avantage de rendre possible la contention des hernies auparavant incoercibles ou irréductibles par un bandage approprié.