

reste ordinairement en quantité faible, mais parfois est augmentée. L'indicanurie est fréquente. Divers symptômes secondaires montrent que c'est bien un véritable diabète (gingivite expulsive, anthrax, furoncles, etc.) et le rôle de l'insuffisance hépatique y est prouvé par une série d'arguments et notamment par les effets favorables de l'opothérapie hépatique. Fréquent en dehors de toute lésion apparente du foie, il peut s'observer parfois dans les cirrhoses avérées (Gilbert et Lereboullet) et il est fréquent, à titre passager ou permanent à la suite de crises de colique hépatique. On peut le rencontrer au cours de la cholémie familiale, affection dans laquelle, avec ou sans glycosurie, l'insuffisance hépatique a parfois un aspect clinique un peu spécial avec asthénie, hypoazoturie, décoloration fréquente des matières, souvent anémie secondaire, et est justiciable du traitement par l'opothérapie hépatique.

Les symptômes purement cliniques par lesquels se traduit l'insuffisance hépatique sont d'ailleurs peu nombreux, et les « petits signes de l'hépatisme » qui lui ont été attribués sont loin d'être en rapport direct avec elle. Toutefois, les hémorragies fréquentes au cours des maladies du foie sont peut-être sous la dépendance de l'insuffisance hépatique, et à ce titre la constatation de celle-ci (épistaxis, gingivorragies, purpura, etc.) doit faire rechercher l'existence des divers signes urologiques de l'insuffisance; elle est dans certaines conditions un des signes précurseurs de la grande insuffisance hépatique. Souvent en effet celle-ci, qui peut aussi s'installer d'emblée, a été plus ou moins longtemps précédée des symptômes de la petite insuffisance.

La *grande insuffisance hépatique* présente un tableau saisissant qui n'est autre le plus souvent que celui de l'*ictère grave* (v. c. m.): troubles digestifs graves (vomissements, météorisme, selles diarrhéiques), modifications du rythme respiratoire qui devient irrégulier, et peut avoir les caractères du rythme de Cheyne-Stokes, hémorragies multiples, symptômes nerveux intenses (délire, agitation, soubresauts), désordres thermiques et notamment hypothermie, urines rares, très pauvres en urée, renfermant de l'albumine, de la leucine, de la tyrosine, etc., parfois très toxiques, etc. L'ictère existe d'ordinaire, mais peut faire défaut dans certaines formes graves avec acholie, ou du moins acholie pigmentaire (Hanot). La somnolence succède rapidement à l'agitation nerveuse du début et la mort survient plus ou moins vite dans le coma hypothermique. Souvent, d'ailleurs, ce tableau clinique est dû non seulement à l'insuffisance hépatique même, mais à la cholémie associée à l'infection biliaire simultanée, fréquemment aussi, pour une part, à l'insuffisance rénale.

Il est des cas, intermédiaires entre la petite et la grande insuffisance hépatique, dans lesquels les symptômes sont ceux d'un ictère grave subaigu; la fièvre, les hémorragies, quelques troubles nerveux traduisent l'atteinte assez profonde de la cellule hépatique; il en est ainsi dans les cirrhoses graisseuses.

On peut enfin observer des faits dans lesquels l'insuffisance hépatique restée longtemps latente, de même que la maladie qui la cause, entraîne brusquement des accidents graves et souvent mortels à l'occasion d'une maladie intercurrente, comme la pneumonie, d'un traumatisme, d'une opération, etc.; il en est ainsi lors de stéatose hépatique latente des alcooliques ou de cirrhose latente.

Pronostic. — Il est très variable, et doit souvent être réservé en raison de ce que nous venons de dire. Toutefois la curabilité même des accidents de la

petite insuffisance hépatique et notamment du diabète par anhépatie empêche, lorsqu'on les observe, de porter un pronostic trop sévère. L'intégrité fonctionnelle du rein est un élément essentiel d'un pronostic favorable.

Traitement. — Il est basé surtout sur l'emploi du régime. Le régime lacté, absolu ou partiel, en constitue la base et permet de lutter avec succès contre les fermentations intestinales, cause d'aggravation de l'insuffisance, en même temps qu'il met le foie au repos, c'est-à-dire dans les meilleures conditions pour retrouver son activité. C'est à ce titre qu'il est un excellent agent curateur du diabète par anhépatie.

L'*opothérapie hépatique* administrée par la bouche (extrait aqueux total enrobé dans des capsules de gluten), ou par voie rectale (suppositoires d'extrait hépatique ou lavements de foie frais), est le médicament de choix de la petite insuffisance hépatique; sous son influence, l'indicanurie disparaît, la glycosurie digestive s'atténue ou cesse, le taux de l'urée se relève. Elle peut amener également la disparition des hémorragies lorsqu'elles existent, et enfin elle paraît agir favorablement sur l'état général. Elle doit naturellement être prolongée quelques jours pour que ces effets se produisent, mais il n'est pas nécessaire souvent d'arriver à de fortes doses (2 à 4 grammes d'extrait par 24 heures suffisent en général). Elle guérit notamment très souvent le diabète par anhépatie, alors même que le malade n'est soumis à aucun régime spécial. En revanche, elle est le plus souvent impuissante contre la grande insuffisance hépatique; elle agit en effet en relevant l'activité de l'organe malade, et l'on conçoit que, lorsque celui-ci est profondément lésé, elle reste inefficace.

Certaines autres indications peuvent être utilement employées. Le *glycogène*, l'*extrait de bile*, agissent dans quelques cas, mais moins efficacement que l'extrait total.

L'*eau de Vichy*, administrée à petites doses avant les repas (prise à domicile ou à la station), stimule le fonctionnement hépatique; elle peut ainsi amener la disparition de la glycosurie, et augmenter le taux de l'urée.

Enfin nous avons, avec M. Gilbert, observé des cas dans lesquels le *massage direct du foie*, fait avec la prudence voulue, et suivant une technique spéciale (de Frumerie), a paru relever également le fonctionnement hépatique.

Mais la condition nécessaire au succès de ces divers traitements est que les lésions hépatiques ne soient pas trop avancées. Et l'on ne doit pas perdre de vue le traitement simultané de la maladie causale. P. LEREBoullet.

HÉPATIQUE (HYPERFONCTIONNEMENT). — L'hyperfonctionnement hépatique (*hyperhépatie*), moins étudié que l'insuffisance, est assez fréquemment rencontré, qu'il y ait ou non lésions du foie, et peut être rapproché de l'hyperfonctionnement signalé pour d'autres organes (estomac, rein, corps thyroïde, etc.). Il peut être le fait d'une hyperplasie organique ou être le résultat d'une simple exagération fonctionnelle de la cellule.

Étiologie. — C'est surtout dans certaines cirrhoses à gros foie, cirrhoses biliaires, cirrhoses alcooliques, cirrhoses pigmentaires, etc., que l'hyperhépatie a pu être mise en lumière (Gilbert et Lereboullet). Elle a été retrouvée dans certaines autres affections hépatiques ou biliaires à titre passager, comme dans certains faits d'ictère catarrhal, ou à titre permanent. Il est enfin de nom-

breux cas dans lesquels le foie ne présente objectivement pas d'autres lésions qu'une hypertrophie, ou même peut rester de volume normal. Il en est ainsi, notamment, dans bon nombre de cas de diabète liés aux altérations du pancréas, cas dans lesquels l'hyperfonctionnement hépatique paraît résulter de la suppression de l'action frénatrice normalement exercée par le pancréas (diabète par hyperhépatie).

Symptômes. — Le *syndrome urinaire*, de même qu'il révèle l'insuffisance hépatique, met en évidence l'hyperfonctionnement. Il peut se traduire, notamment dans les cirrhoses biliaires, par l'hypercholémie, par l'hyperazoturie (40 grammes et plus dans les 24 heures), par l'exagération du pouvoir fixateur du sucre par le foie (250 et 500 grammes de glucose, n'entraînant, après ingestion, aucun passage de sucre dans l'urine) (Gilbert et Lereboullet). Dans d'autres cas, l'*hyperhépatie glycogénique* se traduit, non plus par la fixation, mais par la production du sucre en excès, d'où *diabète* souvent intense. Il en est ainsi notamment dans certaines cirrhoses alcooliques hypertrophiques, et surtout dans certaines cirrhoses pigmentaires dans lesquelles on observe simultanément l'hypergénèse pigmentaire, l'hyperazoturie, l'hyperglycémie (Gilbert, Castaigne et Lereboullet).

Dans tous ces faits, le foie est simultanément hypertrophié, et cette hypertrophie témoigne également en faveur de l'hyperhépatie. Il est, à côté d'eux, des cas nombreux où l'hypertrophie hépatique existe sans lésions, en relation directe avec le travail excessif du foie, dont témoigne souvent également l'hépatalgie concomitante. De ce nombre sont les cas de *diabète par hyperhépatie*, sans lésions scléreuses du foie dans lesquels le rythme de l'élimination du sucre (sans maximum digestif accentué et même avec maximum éloigné des repas, dans la nuit), le chiffre souvent élevé de la glycosurie, l'azoturie, parfois même les effets néfastes de l'opothérapie hépatique (qui augmente la glycosurie), plaident en faveur de l'hyperfonctionnement hépatique, commandé le plus souvent par une lésion pancréatique simultanée (Gilbert et Lereboullet).

Il peut d'ailleurs y avoir des faits d'hyperhépatie dissociée, comparable à l'insuffisance hépatique dissociée, dans lesquels l'hyperbiligénie, l'hyperazoturie, la glycosurie, peuvent exister indépendamment les unes des autres.

Et l'hyperfonctionnement, comme l'insuffisance, s'il est souvent permanent, peut n'être que temporaire (il en est ainsi au déclin de certains icères catarrhaux).

Enfin l'urobilinurie, n'étant communément pas un signe d'insuffisance hépatique, peut coexister avec ces divers troubles, révélatrice de la cholémie associée.

L'hyperfonctionnement, lorsque, surtout, il entraîne une glycosurie marquée, peut avoir un pronostic grave, notamment dans la plupart des cirrhoses pigmentaires avec diabète, et dans nombre de cas de diabète par hyperhépatie. D'autres fois, il a une signification plutôt favorable, et, dans les cirrhoses biliaires notamment, paraît expliquer pour une part la longue survie et la résistance aux infections intercurrentes.

Traitement. — Le traitement, basé sur les mêmes règles de régime que dans l'insuffisance, le lait ayant, pour les mêmes raisons, une influence salutaire, comporte toutefois, des médicaments différents. En effet, l'opothérapie hépatique et l'eau de Vichy, si utiles lors d'insuffisance, ont ici des effets

absolument inverses, aggravant souvent les symptômes. Au contraire, l'opothérapie pancréatique, la médication arsenicale, les bromures, l'opium, peuvent trouver leurs indications, et sont souvent très efficaces, notamment lors de diabète par hyperhépatie. Le médecin est toutefois moins bien armé contre l'hyperfonctionnement que contre l'insuffisance. P. LEREBOULLET.

HÉPATITE — V. FOIE (ABCÈS).

HÉPATOPTOSE. — V. PTOSIS VISCÉRALES.

HÉPATO-TOXÉMIE GRAVIDIQUE. — V. GROSSESSE (PATHOLOGIE).

HÉRÉDO-ATAXIE CÉRÉBELLEUSE. — V. CERVELET (HÉRÉDO-ATAXIE CÉRÉBELLEUSE).

HÉRÉDO-SYPHILIS. — V. SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

HERNIES. — Les hernies abdominales, les seules que j'aurai ici en vue, sont des tumeurs en général réductibles constituées par l'issue d'un viscère, presque toujours l'épiploon ou l'intestin, à travers un orifice naturel ou accidentel de la paroi abdominale.

Au point de vue de leur étiologie, on les divise en *congénitales*, *traumatiques* et *spontanées*.

Au point de vue de leur topographie, on les divise en *hernies inguinales*, *crurales*, *ombilicales*, *épigastriques* (hernies fréquentes) et en *hernies ventrale*, *lombaire*, *obturatrice*, *périnéale*, *ischiatique*, qui sont des variétés exceptionnelles.

Au point de vue de leur contenu, on décrit des hernies de l'épiploon (*épiplo-cèle*), de l'intestin grêle ou gros (*entéro-cèle*), des hernies de la *vessie*, de l'*utérus* et des *annexes*.

Au point de vue clinique et opératoire enfin, il convient de décrire des *hernies simples réductibles*, des *hernies compliquées non étranglées*, et des *hernies étranglées*.

HERNIES SIMPLIS RÉDUCTIBLES. — Les *hernies congénitales* sont à proprement parler celles qui existent à la naissance (hernies ombilicales fœtales ou embryonnaires, reconnaissant pour cause un arrêt de développement de la paroi, ou une cause mécanique fœtale), mais par extension on donne aussi ce nom aux hernies qui se développent après la naissance grâce à la persistance d'une disposition anatomique d'origine congénitale; exemple : la hernie inguinale qui se développe dans le conduit séreux vagino-péritonéal, dont la persistance constitue une anomalie. En réalité, ce qui est congénital dans ce cas, ce n'est pas la hernie, c'est l'anomalie qui lui donne naissance [V. NOUVEAU-NÉ (PATHOLOGIE)].

Les *hernies traumatiques* sont celles qui se développent au niveau de la cicatrice d'une plaie abdominale, ou au niveau de la rupture des muscles de la paroi (variété rare). De ces hernies traumatiques, il faut rapprocher les *hernies opératoires* ou *éventrations* consécutives aux laparotomies.

Les *hernies dites spontanées* sont celles qui ne sont ni congénitales ni traumatiques. Elles se développent chez l'adulte et chez le vieillard sous l'influence de deux causes : 1° l'effort abdominal ; 2° une faiblesse congénitale ou acquise de la paroi qui constitue une cause prédisposante. Suivant que l'un ou l'autre de ces deux facteurs paraît prédominer, la hernie spontanée est dite *de force*, ou *de faiblesse*. Dans le premier cas, elle est généralement unique et se prête bien à la cure radicale ; dans le second cas, elle coexiste d'ordinaire avec d'autres hernies, elle se voit chez des sujets à paroi flasque, à tissus mous et dégénérés. En conséquence, elle n'offre que peu de prise à la cure opératoire.

En dehors de l'*effort professionnel*, il faut signaler comme cause des hernies l'*effort pathologique* : quintes de toux, efforts de la défécation chez les constipés, de la miction chez les sujets atteints de rétrécissement, d'hypertrophie de la prostate, de phimosis. La *grossesse* répétée, en distendant à l'excès tous les orifices abdominaux et surtout l'orifice ombilical, est une des grandes causes de hernies chez la femme.

L'*obésité* et les tumeurs abdominales jouent le même rôle que les grossesses. Toute hernie présente à considérer un *orifice musculo-aponévrotique* par lequel sortent les viscères, un *sac péritonéal* qui est un diverticule du péritoine et un *contenu*.

L'orifice sera décrit avec chaque variété de hernies.

Le sac présente au niveau de l'orifice un point rétréci ou *collet* plus ou moins adhérent à ce dernier. Le sac peut être incomplet lorsque le viscère hernié n'est qu'en partie revêtu de péritoine. Il peut même manquer en totalité lorsque le viscère hernié, la vessie par exemple, se présente par sa face non-péritonéale. Au-devant du sac, le tissu cellulaire se laisse cliver en couches lamelleuses entre lesquelles on peut trouver une véritable bourse séreuse (rare). Le sac est ordinairement simple, piriforme ou digitiforme ; mais il peut présenter de nombreuses variétés : sac bilobé, trilobé. Au lieu de sortir par l'orifice herniaire, il peut s'étaler entre les différentes couches de la paroi (*sac intra-pariétal*) ou en avant du péritoine (*sac pro-péritonéal* ou *rétro-pariétal*).

Le sac est tantôt *préformé*, comme dans la hernie vagino-péritonéale, tantôt il se forme par *glissement* sous la poussée des viscères, tantôt par *distension* comme à l'ombilic, tantôt enfin il est *entraîné à la suite d'un lipome sous-péritonéal* qui s'engage à travers les éraillures de la paroi abdominale comme au niveau de la ligne blanche et souvent à la région crurale.

Quant au *contenu* de la hernie, il est formé ordinairement par l'épiploon ou l'intestin grêle, très souvent par les deux à la fois. L'épiploon ne se développant qu'avec les progrès de l'âge ne fait ordinairement pas partie des hernies infantiles, du moins des hernies inguinales. Les hernies du gros intestin sont rares, elles se voient quelquefois chez l'enfant, mais principalement chez le vieillard. Elles sont ordinairement volumineuses et parfois irréductibles. Le foie ne se trouve que dans les hernies ombilicales embryonnaires. La vessie, la trompe et l'ovaire, voire la corne utérine, ne se voient que dans les hernies inguinales ou crurales.

Symptômes. — Il est très rare que les hernies ne déterminent aucun

trouble, aucune gêne. Presque toutes donnent lieu à des troubles locaux ou intestinaux, douleurs locales pendant l'effort, coliques, mauvaises digestions. Ces troubles sont très variables et nullement en rapport avec le volume de la hernie ; ils acquièrent en général leur maximum lorsque celle-ci devient adhérente et irréductible. D'ailleurs, en matière de douleur, il n'y a pas de règle fixe et l'on voit parfois de grosses hernies être complètement indolentes alors que de simples pointes déterminent une douleur très marquée et s'opposent aux moindres efforts.

Les symptômes varient suivant que la hernie est grosse ou petite, qu'elle occupe une région ou une autre. Les différences d'aspect sont alors très considérables. Mais les hernies ont toujours des signes communs grâce auxquels il est facile de les reconnaître. Pour cela, il est indispensable de considérer successivement les hernies réductibles, et les hernies irréductibles.

Les *hernies réductibles* sont des tumeurs qui subissent l'impulsion de la toux, et qui rentrent dans l'abdomen quand on presse sur elles. Ce sont là leurs deux principaux caractères. L'impulsion à la toux se reconnaît en appliquant la pulpe des doigts à la surface de la tumeur ; si l'on embrasse celle-ci avec les doigts, on perçoit un mouvement d'ampliation. Lorsque la hernie est seulement à l'état de pointe, il faut en invaginant les téguments introduire le doigt dans l'anneau (hernie inguinale). Toutefois, il faut avoir soin de maintenir ce doigt sans force, de façon à le laisser refouler par la hernie. La réduction se fait petit à petit, elle varie un peu suivant qu'il s'agit d'épiploon ou d'intestin. La réduction de l'intestin s'accompagne de gargouillement, celle de l'épiploon s'accompagne, ainsi que sa sortie brusque, d'un *bruissement* particulier. Mais ce sont surtout la palpation et la percussion qui font faire le diagnostic entre l'entéro-cèle et l'épiplocèle : la palpation donnant l'impression d'une tumeur lobulée lorsqu'il s'agit d'épiploon et la percussion décelant de la sonorité lorsqu'il s'agit d'une entéro-cèle. Il n'est pas rare d'ailleurs d'avoir à constater la présence de l'intestin et de l'épiploon dans la tumeur (entéro-épiplocèle).

Enfin, lorsque le contenu de la hernie est rentré, le doigt s'engage à sa suite dans l'anneau. Celui-ci est trouvé en général très élargi. La chose d'ailleurs varie d'un sujet à l'autre.

Les *hernies irréductibles* ne le sont presque jamais d'une façon totale. Il est rare qu'en pressant sur la hernie et notamment au voisinage du pédicule on n'en fasse pas rentrer une partie. L'impulsion à la toux suit les mêmes variations que la réductibilité ; elle est à peu près nulle quand la tumeur est à peu près irréductible. La percussion, en tout cas, permettra de reconnaître l'intestin. Celui-ci est presque toujours réductible, au moins partiellement, et cette réduction s'accompagne de gargouillements caractéristiques. Dans les hernies irréductibles, l'épiploon, qui adhère presque toujours au sac, a perdu sa consistance normale ; il est devenu induré, lardacé, fibreux ; mais il a toujours sa surface lobulée.

En somme, les hernies irréductibles ont surtout des caractères négatifs ; ce qui en rend parfois le diagnostic difficile.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile : l'impulsion à la toux, la sonorité quand elle existe, la réductibilité avec possibilité d'engager le doigt

dans un anneau fibreux ne laissent guère place à la confusion. Cependant, plusieurs erreurs sont possibles.

1° Méconnaître une pointe de hernie.

2° Croire à une pointe de hernie qui n'existe pas.

3° Prendre pour une hernie une tumeur *réductible*, comme une ascite, un varicocèle, un abcès froid, une dilatation de la saphène à son embouchure, ou bien une tumeur *irréductible* telle qu'un fibrome de la paroi, un lipome de la ligne blanche, une hydro-hématocèle, un kyste sacculaire, et *vice versa*.

La méconnaissance d'une pointe de hernie est fréquente. Si au moment de l'examen la petite tumeur n'est pas apparente, il faudra faire tousser le patient, le faire marcher, le faire pousser dans l'attitude accroupie. On attachera de l'importance à sa déclaration, s'il raconte que la petite grosseur sort dans la journée, mais n'existe plus le matin, qu'elle rentre avec gorgouillement.

Il n'est pas rare de croire à une pointe de hernie qui n'existe pas. Il ne suffit pas que le doigt puisse s'engager dans l'anneau inguinal par exemple, il faut qu'il perçoive la sensation de choc et de refoulement pendant la toux. C'est affaire d'habitude et d'attention. Le diagnostic est parfois délicat, surtout si le sujet demande comme corollaire la cure radicale. Il faut alors ajourner l'examen, et revoir son malade avant de rien décider.

Bien des fois on prend pour une hernie une collection liquide réductible. L'erreur avec le *varicocèle* est assez grossière, mais l'erreur qui consiste à prendre une *dilatation de la saphène* à son embouchure pour une hernie crurale est assez fréquente. Je renvoie au chapitre des hernies inguinale et crurale pour les détails, mais je dois dire ici que le mode de réductibilité de ces dilatations variqueuses et des hernies n'est pas le même. Ces tumeurs veineuses ont la mollesse de l'édredon, elles se réduisent à la moindre pression sans effort et se reproduisent de bas en haut alors même qu'on maintient le doigt appliqué sur l'orifice herniaire. Il est également facile de distinguer d'une hernie l'ascite qui gonfle un sac de hernie. En palpant et en réduisant, on a la sensation d'un liquide qui fuit sous le doigt. A propos de l'*ascite*, je dois signaler cette erreur avec d'autant plus d'insistance que je l'ai vu commettre plusieurs fois et que j'ai vu même opérer comme atteints de hernie douloureuse des adultes ou des enfants qui avaient tout simplement de l'*ascite symptomatique d'une péritonite tuberculeuse* venant gonfler le conduit vagino-péritonéal. La péritonite expliquait suffisamment les troubles digestifs éprouvés par les malades et les douleurs ressenties au niveau du sac herniaire envahi par des granulations tuberculeuses. Inutile de dire que la nature de ces hernies eut été rapportée à sa véritable cause si on avait eu soin de pratiquer un examen attentif et complet des malades.

Enfin, une tumeur irréductible développée au niveau d'une région herniaire peut être prise pour une hernie, mais l'erreur inverse est plus fréquente. C'est surtout à la région crurale que le diagnostic est difficile à faire avec une *adénite*, un *kyste sacculaire*, et c'est à ce chapitre qu'il faudra l'étudier. Je renvoie également au chapitre de la hernie inguinale pour le diagnostic d'une épiplocele irréductible avec une hydrohématocèle remontant dans la région inguinale.

Diagnostic du contenu. — Enfin, une fois le diagnostic de hernie posé, il faut autant que possible déterminer la nature du contenu. S'agit-il d'épiploon

ou d'intestin, ou bien des deux à la fois? Il serait également très utile de pouvoir diagnostiquer à l'avance la présence dans le sac herniaire de certains organes qui exposent à des accidents opératoires comme la vessie, ou bien dont la réduction crée des difficultés particulières comme les hernies par glissement du gros intestin. Je ne puis dire ici qu'une chose, c'est qu'on doit les soupçonner lorsqu'on est en présence de hernies acquises à larges orifices chez les vieillards et que la hernie, bien que sonore, a toujours été irréductible ou du moins incoercible.

Évolution. — Une fois constituées, les hernies tendent à grossir indéfiniment pour la plupart. Rares sont celles qui ont tendance à guérir spontanément comme la hernie ombilicale infantile et la hernie inguinale congénitale. Cette évolution favorable ne s'observe que chez l'enfant. En revanche, chez l'adulte négligent et chez le vieillard, elles peuvent acquérir un volume énorme, si bien qu'elles finissent par constituer une infirmité lamentable. Il faut donc opposer un traitement rationnel et énergique à toute hernie sitôt qu'elle est diagnostiquée.

Complications. Pronostic. — « *La hernie constitue une infirmité, doublée d'un danger.* » Les complications sont toujours à craindre quelle que soit la variété de hernie. Ce sont l'étranglement, l'inflammation, l'irréductibilité. La première de ces complications est presque toujours mortelle, lorsque l'affection est abandonnée à elle-même. Elle est d'autant plus redoutable que la nature des accidents est souvent ignorée des malades et parfois méconnue par le médecin. Les autres complications, qui sont des plus pénibles, obligent les malades à s'aliter pendant les crises douloureuses et les mènent petit à petit à un degré de plus en plus avancé d'infirmité.

Même lorsqu'elles sont indolores et ne gênent en aucune façon le porteur, elles constituent une tare physique et de dépréciation professionnelle. Nombreuses sont les carrières que se voient refuser ceux qui en sont affligés. Enfin, étant données la fréquence et la gravité de l'étranglement, une hernie est une cause de mort toujours imminente. Les sujets qui en sont atteints ont donc tout intérêt à s'en faire débarrasser tant que la hernie est petite, c'est-à-dire tant que la cure est facile et a des chances d'être vraiment radicale.

Traitement des hernies simples non compliquées.

1° *Traitement par le bandage.* — Le bandage ne convient qu'aux hernies parfaitement réductibles. Dès qu'il reste après réduction le moindre bout d'épiploon ou d'intestin, le bandage devient douloureux ou inefficace. Même dans le cas de hernie facilement réductible, le bandage n'est dans l'immense majorité des cas qu'un palliatif s'opposant avec plus ou moins de bonheur à l'accroissement de la hernie. Il est rare qu'il puisse devenir curatif. Cependant, il est capable de remplir ce rôle chez l'enfant dans les cas où la hernie ne demande qu'à guérir toute seule (H. inguinale congénitale à l'état de pointe. H. ombilicale infantile). Dans ces cas, il doit être porté nuit et jour, pendant six mois au moins tout d'abord, et le jour seulement ensuite. Si au bout de cinq ans la cure n'est pas obtenue, il n'y a plus lieu de compter sur elle.

En dehors de ces cas, le rôle du bandage est purement palliatif. Il ne s'applique d'ailleurs vraiment bien qu'à la région inguinale. — Déjà, à la région

crurale, il est beaucoup moins efficace. Quant à la région ombilicale, c'est elle qui se prête le moins bien à son application en raison de sa forme, de sa mobilité et de l'absence de point d'appui osseux.

Le bandage a nombre d'inconvénients. Outre qu'il est peu esthétique et révèle aux yeux les moins attentifs l'infirmité qu'il est chargé de corriger, il irrite assez fréquemment la peau, s'use vite, se salit, demande à être assez fréquemment changé. Rarement, en dehors de la région inguinale et des hernies de petit volume, il s'applique assez bien et est suffisamment bien supporté pour empêcher l'accroissement de la hernie. De plus, comme il ne saurait être question de le faire porter nuit et jour tout le temps, il en résulte que *le meilleur des bandages est incapable de préserver sûrement son porteur de l'étranglement herniaire*. Et, de fait, nous voyons chaque jour des hernies s'étrangler malgré le port habituel du bandage, soit que ce dernier ne remplisse pas son but, ce qui est fréquent, soit que, pour une cause ou pour une autre, le patient ait été obligé de s'en séparer momentanément. C'est pendant la nuit, pendant une quinte de toux, ou bien au lever avant qu'on ait appliqué

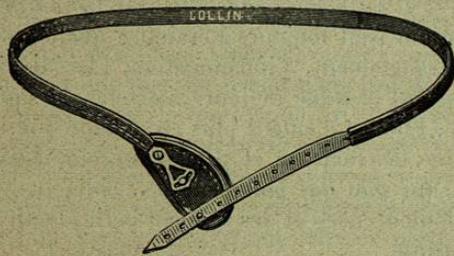


Fig. 121. — Bandage inguinal.

le bandage, ou bien parce que ce dernier s'est cassé, ou bien parce qu'on avait été obligé de le supprimer quelques jours à cause des excoriations qu'il déterminait, ou bien parce que dans un effort la hernie a filé sous le bandage. Conclusion : toutes les fois qu'un hernieux consultera pour sa hernie, le médecin devra lui répondre sans hésitation ceci : « Le seul traitement rationnel, le seul radical, le seul

qui mette sûrement à l'abri des complications mortelles, c'est la cure opératoire ». En somme, *le bandage ne doit vivre que des contre-indications de la cure radicale*.

Choix d'un bandage. — Les bandages les plus efficaces sont les bandages à ressort. La force du ressort sera proportionnée au volume de la hernie. Dans le bandage français (inguinal ou crural), celui qui est employé couramment, le ressort embrasse la demi-circonférence du bassin du côté de la hernie. Il offre une double courbure qui rappelle celle des côtes. Afin de bien se modeler sur les parties (courbure sur le plat et sur les bords), on lui donne même parfois une troisième courbure (courbure de torsion) afin de faire « pincer » la pelote.

On donne le nom de pelote à la partie qui appuie sur l'orifice herniaire. La pelote est ordinairement rembourrée de crin et recouverte de cuir ainsi que le ressort. Ces pelotes ont l'inconvénient de s'altérer rapidement sous l'influence de la sueur. On y remédie en interposant entre elles et la peau un linge fin et usé, ou mieux en habillant la pelote de linge fin. Pour éviter les excoriations et les éruptions, la peau sera fréquemment lavée et poudrée; la poudre de talc inaltérable doit être pour cela préférée à celle d'amidon.

Le ressort est assujéti à la pelote au moyen d'une courroie qui vient se fixer

sur la pelote. La courroie n'est que le prolongement de la gaine de cuir qui entoure la pelote et le bandage. Chez les sujets à ventre plat, la pelote, tendant à remonter par la flexion de la cuisse, doit être maintenue avec un sous-cuisse. Ce dernier doit traverser le périnée et se fixer au ressort du côté opposé.

Lorsque la hernie est double, ou bien qu'il y a seulement tendance à la hernie du côté opposé, on prescrit un bandage double. Ce dernier doit avoir deux ressorts indépendants. Les pelotes sont reliées entre elles par une petite courroie (fig. 125). Chez les enfants à la mamelle, on se sert pour la hernie inguinale et la hernie ombilicale de bandages en caoutchouc à pelote pneumatique.

Lorsque la *hernie est irréductible*, la pelote doit être excavée de façon à ne pas contusionner la partie irréductible. Dans ces cas, le bandage est très rarement efficace.

Les bandages les mieux faits sont les bandages sur mesure. La prescription d'un bandage comporte la circonférence du bassin au niveau de la hernie, le siège, le côté et le volume de la hernie, la dimension de l'orifice. Le bandage doit être appliqué après réduction, de préférence dans le décubitus dorsal. On commence par appliquer la pelote et le ressort s'applique de lui-même. Un bon bandage ne doit pas blesser, et doit parfaitement maintenir la hernie, même lorsque le malade fait un effort, tousse, s'accroupit. Mais il est rare que la hernie ne ressorte pas lorsque le malade écarte les jambes.

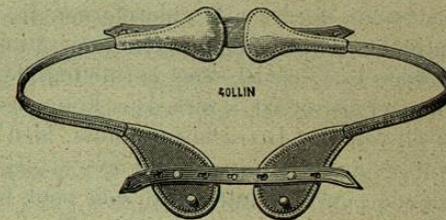


Fig. 125. — Bandage double.

Hygiène du hernieux. — Le porteur de bandage devra s'abstenir d'exercices violents. (Tout dépend d'ailleurs de la façon dont le bandage remplit son rôle.) Les exercices de souplesse, escrime, cheval, bicyclette, sont permis et même recommandés, en ce sens qu'ils fortifient la paroi abdominale. Mais les exercices et les travaux de force sont rarement compatibles avec la contention de la hernie; aussi voit-on celle-ci augmenter de volume chez la plupart des ouvriers adonnés à de pénibles travaux.

2° Traitement opératoire des hernies. — Cure radicale.

Indications. — La cure opératoire est indiquée à titre *curatif* dans les hernies de petit et de moyen volume chez les adolescents et les adultes. Elle est indiquée à titre *palliatif* dans les volumineuses hernies, de l'adulte et du vieillard, pour faciliter le port d'un bandage. Elle est toujours indiquée lorsque la hernie est *irréductible*, à moins qu'il ne s'agisse de hernies monstrueuses, ayant perdu depuis longtemps le droit de domicile.

Contre-indications. — En dehors du cas visé plus haut, l'opération est contre-indiquée, chez les vieillards, affaiblis ou tarés, chez ceux qui sont des bronchitiques incurables; le résultat serait alors compromis par les quintes de toux continuelles. Elle est encore contre-indiquée chez les obèses impotents, mais cette contre-indication est susceptible d'être levée par une cure d'amaigrissement; elle est d'ailleurs très relative.

La cure opératoire est *facultative* chez les enfants au-dessous de 5 ans, chez lesquels la hernie est facilement et constamment maintenue par un bandage; elle est *seule curative* chez les autres.

Légitimité de la cure opératoire. — Quel que soit le cas envisagé, l'opération est toujours légitimée par le danger d'étranglement contre lequel aucun bandage ne peut assurer le malade. Toutefois cette légitimité ne peut exister qu'à une condition expresse, *c'est que la mortalité de l'opération soit nulle*, car on n'a pas le droit d'assurer le patient contre un danger éventuel au prix d'une opération mettant en jeu son existence. Or, le danger vient : 1° de l'anesthésie; 2° du manque d'asepsie, qui peut entraîner la mort par péritonite, surtout dans la cure opératoire des hernies ombilicales qui équivaut à une véritable laparotomie. C'est dire qu'on ne devra jamais proposer à un malade la cure sanglante de sa hernie que si on n'est pas certain de pouvoir éviter ces deux ordres de dangers. Aujourd'hui, l'asepsie des instruments et des compresses est facile à réaliser, mais il reste le danger de l'anesthésie générale. Quelque faible que soit ce danger, surtout avec les nouveaux appareils qui permettent de doser le chloroforme, il existe et c'est pour cela qu'il faudra pratiquer *autant que possible* l'opération au moyen de l'anesthésie locale. La cocaïne et la stovaine nous permettent de réaliser ce desideratum et de réduire le danger opératoire à zéro dans l'immense majorité des hernies de petit et de moyen volume. La rachi-anesthésie, bien que n'ayant pas encore fait suffisamment ses preuves, me paraît d'ores et déjà devoir être substituée à l'anesthésie générale pour les autres cas, sauf pour les volumineuses hernies ombilicales. Je dois reconnaître cependant que l'immense majorité des chirurgiens opère à l'aide de l'anesthésie générale, et qu'ordinairement celle-ci est réclamée par le malade.

Principes généraux de la cure sanglante. — Le chirurgien doit s'efforcer d'obtenir la guérison radicale : 1° en supprimant le sac, organe de glissement, et non seulement ce sac, mais l'infundibulum péritonéal qui le précède; 2° en réséquant le plus possible de l'épiploon contenu dans la hernie et même au delà, pour diminuer la tension intra-abdominale et par conséquent la tendance à une nouvelle hernie; 3° en reconstituant le plus soigneusement la paroi, ce qui s'obtient en multipliant les plans de suture, de façon à n'oublier aucune des couches qui, à ce niveau, composent la paroi abdominale.

Mortalité. Complications. — La mortalité, nous l'avons dit, doit se rapprocher de zéro pour rendre l'opération légitime, et je dois à la vérité de dire que ce desideratum est obtenu à bien peu de chose près à l'heure actuelle par la grande majorité des chirurgiens. Je n'ai pas souvenir d'avoir observé une seule mort à la suite d'une cure radicale. Les statistiques portant sur plusieurs centaines de cas sont fréquemment vierges de tout décès.

Cependant, la mort peut survenir par *congestion pulmonaire* chez les emphysémateux. Si on se décide à les opérer, il faudra les faire asseoir dans leur lit dès les premiers jours et à la moindre menace les couvrir de ventouses.

Les *péritonites*, les *phlegmons* ne sont plus observés fort heureusement à l'heure actuelle; mais, malgré les précautions et les perfectionnements de l'asepsie, on n'est pas encore parvenu complètement à éviter l'*élimination des fils*.

Pour restreindre au minimum ce fâcheux ennui, on n'emploiera le fil de soie non résorbable que dans de rares circonstances, dans les grosses hernies ombilicales, par exemple.

Valeur de la cure opératoire. — La valeur de la cure opératoire est fonction d'opérateur et fonction d'opéré. Elle vaut par le soin qu'on a mis à reconstituer la paroi, le plus solidement possible. Elle vaut par la qualité de l'étoffe qu'a recousue le chirurgien. A ce sujet, les hernies de faiblesse ne donnent que des satisfactions médiocres et nécessitent le port ultérieur d'un bandage. Il en est de même des hernies provoquées par l'obésité.

Les complications qui compromettent le plus la solidité de la cicatrice et nécessitent le port ultérieur d'un bandage sont la *suppuration*, surtout s'il s'agit d'une suppuration étendue, les *quintes de toux* qui secouent incessamment les malades, et les *vomissements* post-opératoires, d'où la nécessité de sangler vigoureusement les opérés, surtout à la région ombilicale.

Récidives. — Les récidives s'observent dans des proportions très variables, suivant la variété des hernies. Elle est surtout fréquente à la suite de la cure des grosses hernies ombilicales, puis des crurales. Celles qui guérissent le mieux définitivement sont les inguinales de petit et de moyen volume. Toutes les fois qu'on aura des doutes sur la solidité de la cure, il sera bon de prescrire un bandage approprié — ce dernier sera léger avec une pelote plate, mais large.

Durée de la convalescence. — En l'absence de toute complication, le séjour au lit devra être au minimum de quinze jours pour les petites hernies, de trois semaines pour les moyennes, plus encore pour les très grosses. On pourra cependant asseoir les malades assez tôt de façon à leur éviter la congestion pulmonaire, mais on devra leur épargner tout effort. Le port d'une ceinture relevant le ventre me paraît indispensable chez les obèses pour soutenir la cicatrice fragile. Il en sera de même chez les tousses. La cicatrisation ne sera considérée comme parfaite qu'au bout de deux à trois mois et ce n'est guère qu'au bout de ce temps que les opérés pourront se livrer à des efforts pénibles. La durée de la convalescence pourra être abrégée naturellement dans les cas très favorables.

HERNIES COMPLIQUÉES (NON ÉTRANGLÉES). — 1° *Hernies douloureuses.* — La douleur est un élément inconstant mais qui manque rarement dans le cours de l'évolution d'une hernie. C'est généralement une douleur ou du moins une sensibilité anormale pendant les efforts, qui révèle aux malades l'existence de leur hernie. Les pointes de hernie sont fréquemment douloureuses. A la période d'état et en dehors de toute poussée inflammatoire, l'indolence est la règle. Lorsque la hernie prend un volume considérable elle constitue une gêne de plus en plus grande, et devient de plus en plus douloureuse en raison des poussées d'épiplote auxquelles elle est sujette, et des adhérences qui sont la conséquence de ces poussées inflammatoires. Les hernies ombilicales et surtout celles de la ligne blanche sont particulièrement douloureuses.

2° *Hernies irréductibles.* — L'irréductibilité peut porter sur l'épiploon ou sur l'intestin. Presque toujours elle est due à des *adhérences inflamma-*