

Le bandage est construit par un fabricant d'instruments; le chirurgien doit en surveiller le choix et l'application.

Il faut se rappeler en effet que le port d'un appareil contentif expose le malade à de la gêne, des douleurs, de l'érythème, de l'eczéma, des excoriations, des ulcérations et même des eschares; en

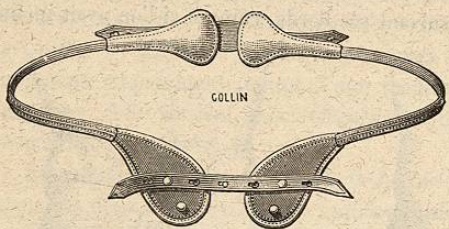


Fig. 54. — Bandage inguinal double.

outre diverses lésions de voisinage, adénites, engorgements ganglionnaires, abcès chauds ou froids, varices, peuvent apporter de grands obstacles à la contention des hernies.

Pour qu'un bandage soit bien appliqué, les conditions suivantes doivent être réalisées :

1° Il faut bien réduire la hernie avant de l'appliquer;

2° Il faut bien placer le bandage;

3° Il faut que la pelote reste bien en place et surtout qu'elle ne

remonte pas, ce qui rend souvent nécessaire l'emploi du sous-cuisse;

4° Il faut que la pelote presse suffisamment;

5° Que le malade et la région supportent cette pression.

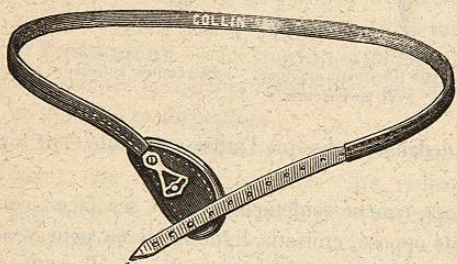


Fig. 55. — Bandage inguinal droit à pelote ovalaire. — Mécanisme permettant de modifier à volonté l'inclinaison de la pelote sur le ressort.

Combien de temps doit-on porter un bandage? — Très longtemps, pour ne pas dire toujours. En général, on ne le porte que le jour : lorsqu'on cherche à obtenir la guérison radicale, il faut pendant six mois ou un an exiger le port du bandage même la nuit chez les jeunes enfants; en cas de toux violente et répétée, la même précaution est bonne à prendre.

Traitement curatif. — Il est peu d'affections chirurgicales sur la cure desquelles on ait plus discuté que sur la cure radicale des

hernies; il en est peu aussi pour lesquelles on ait imaginé un aussi grand nombre de procédés. Cette incertitude, cette multiplicité, sont les preuves les plus évidentes que l'on puisse donner des difficultés du sujet et de l'impossibilité qu'il y a à appliquer d'une manière générale la cure radicale des hernies. On trouvera d'ailleurs dans la thèse d'agrégation de P. Segond (1885) tous les renseignements possibles sur l'historique et les procédés employés; nous ne toucherons, bien entendu, que les points principaux de la question.

Historique. — Celse a laissé son nom à un procédé de cure radicale de la hernie inguinale. Après avoir réduit la hernie, il saisissait la peau du scrotum avec le sac herniaire, et faisait une ligature serrée. La tumeur ainsi formée s'éliminait par gangrène. On hâta ce travail par l'application de caustique. Celse n'opérait que les sujets vigoureux de six à quatorze ans; pour les autres, il avait confiance dans le bandage; il ne touchait pas au testicule, comme on le voit.

Cette sage conduite était encore suivie d'Oribase (iv^e siècle), dont la méthode ressemble singulièrement aux méthodes modernes; mais déjà on ne parle plus de bandages. Paul d'Égine (vii^e siècle), le plus illustre représentant de l'école d'Alexandrie, a recours à un procédé barbare dans lequel on sectionnait à la fois le sac et le cordon du testicule, lorsqu'il s'agissait d'une hernie tombée dans les bourses.

La cure radicale par opération continua d'être fort en honneur pendant sept ou huit siècles. L'école arabe la propagea en Italie, en Espagne, en France; mais, sur la fin de cette période, la chirurgie manuelle étant tombée entre les mains des empiriques, aucune donnée scientifique ne pouvait en sortir. Nous retrouvons cependant bien des sages réserves, dans le plus grand chirurgien de cette époque, Guy de Chauliac, qui n'opérait qu'après insuccès des emplâtres et bandages et laissait les gens malingres et âgés « vivre avec leur clochement ». — Peu après, Bérard-Méthbis inventait le *point doré*, suture mal serrée, pratiquée avec un fil d'or abandonné dans la plaie, et qui entourait à la fois le cordon et le sac, avec la prétention de ne pas étrangler le premier. Il trouva peu d'imitateurs.

En face des graves dangers créés par les opérations sanglantes, peu à peu l'abstention devint la règle. Dès le xv^e siècle, l'opération pour la cure radicale des hernies était complètement délaissée pour les bandages; au siècle suivant, Franco, Ambroise Paré, Fabricé d'Aquapendente mettaient beaucoup de bandages, recouraient peu à

l'opération. C'est cependant à cette époque que Franco fit la première opération de hernie étranglée; après lui, Paré chercha encore à appliquer la kélotomie à la cure radicale des hernies.

Depuis cette époque, bien des efforts isolés se sont produits en faveur de la cure radicale par opération: ils sont restés longtemps sans écho; le bandage fort perfectionné, devenu élastique, est seul employé en dehors de quelques cas exceptionnels. Des méthodes moins dangereuses que les méthodes anciennes, mais généralement insuffisantes, ont été pourtant proposées à diverses époques, et tout récemment encore. Nous nous contenterons de les énumérer.

Les unes se proposent d'amener l'obturation du trajet inguinal à l'aide d'un bouchon organique.

Les plus connues sont des dérivés de l'*invagination* créée par Gerdy. Ce procédé consiste à refouler profondément avec le doigt, dans le canal inguinal, la peau du scrotum et à la maintenir dans cette situation à l'aide d'une anse de fil passée au fond du cul-de-sac cutané et dont les deux chefs, très rapprochés l'un de l'autre, sont fixés à la peau abdominale au niveau de l'anneau intérieur du canal.

Au lieu d'employer les sutures simples pour maintenir la peau invaginée, on a eu recours à des instruments rigides qui portaient généralement à leur extrémité profonde des pointes destinées à pratiquer la transfixation des parties. Cette idée, émise par Leroy dès 1835, n'a été vulgarisée que trois ans plus tard par Wutzer. C'est ce que l'on peut appeler le *procédé de Wutzer*. Nous ne pouvons citer les instruments multiples inventés depuis cette époque et qui se rattachent tous au même principe; Sotteau et de Roubaix, après l'invagination, pratiquaient le rapprochement par compression des bords de l'orifice herniaire. De là à la méthode anglaise ou méthode Wood (1858-1863), la distance nous paraît peu considérable. Cet auteur et ceux qui l'ont suivi ont ajouté, à l'invagination cutanée, le rapprochement par suture sous-cutanée des piliers.

D'autres procédés cherchent à obtenir l'oblitération du trajet de la hernie par un processus inflammatoire adhésif ou cicatriciel.

Les principaux sont les *injections iodées* de Velpeau, l'*acupuncture* de Bonnet, le *seton* de Mosner, les *scarifications* de J. Guérin, enfin les *injections péri-herniaires de liquides irritants*; Schwalbe

emploie l'alcool, 70 à 80 pour 100; Heaten, Warren, se servent d'extrait aqueux d'écorce de chêne; Luton, l'inventeur de la méthode, emploie une solution saturée de sel marin: il a obtenu ainsi 5 succès complets et 1 amélioration sur 4 opérations; de toutes ces méthodes, c'est la seule qui paraisse donner des résultats sérieux. Schwalbe aurait guéri 54 hernies sans accidents. Récemment, Lannelongue a préconisé l'emploi du chlorure de zinc au dixième. G. Guérin a publié une observation de guérison incontestable obtenue par la méthode de scarification.

Méthode moderne. — Grâce au progrès de la chirurgie antiseptique, la question a changé entièrement de face, elle doit être envisagée d'une tout autre manière. Ce que nos prédécesseurs voulaient éviter à tout prix, c'était l'ouverture du péritoine, parce que cette ouverture, faite avec des instruments septiques, dans un milieu septique, était fatalement suivie de péritonite mortelle. Mais aujourd'hui que cette crainte n'existe plus pour celui qui se conforme rigoureusement à tous les préceptes de la méthode antiseptique, les méthodes qui recherchent la cure radicale sans ouvrir le sac ne sont plus de mise; les conditions de la chirurgie sont changées, et les procédés que nous venons d'indiquer n'ont plus qu'un intérêt historique. Nous nous bornerons à décrire brièvement l'opération *moderne* et à en exposer les résultats.

1^o *Règles opératoires.* — Prenons pour type une hernie inguinale.

Toutes les précautions antiseptiques bien prises, la peau est incisée au voisinage de l'anneau inguinal externe, et l'on arrive sur le sac herniaire, lequel est mis à nu par une dissection attentive et après une hémostase superficielle soignée. Si le sac est trop long pour qu'on veuille le disséquer dans sa totalité, ou s'il forme la tunique vaginale comme dans le cas de hernie congénitale, le sac est ouvert, soigneusement détergé, puis obturé par une éponge montée aseptique. Les lèvres de l'incision du sac saisies dans des pinces à forcipressure sont confiées à un aide, qui les tire au dehors et les récline du côté opposé à celui où chemine l'opérateur. Celui-ci, procédant avec l'ongle, les doigts, la spatule, avec le bistouri ou les ciseaux lorsque cela est nécessaire, dissèque avec soin et le plus haut possible les parois du sac. — Cette dissection doit être poussée de telle sorte qu'on aperçoive l'orifice interne, et que le péritoine, attiré par l'aide, soit bien détaché de toute adhérence avec cet orifice; dans ces condi-

tions, l'éponge montée étant retirée, le sac est lié à son collet, au delà même, et l'on en pratique l'extirpation suivant le conseil donné par Nusbaum.

Lorsque la ligature du sac est terminée, qu'elle ait été faite par un simple lien circulaire ou mieux par un fil double entre-croisé comme pour le pédicule d'un kyste ovarique, on voit immédiatement après la section le pédicule du sac rentrer pour ainsi dire dans l'intérieur de l'abdomen d'où on l'avait attiré; c'est là un point très important, et que nous avons pu constater nous-même de la manière la plus nette dans un bon nombre d'opérations faites.

La reconstitution de la paroi musculo-aponévrotique par la suture, pendant longtemps très discutée, est aujourd'hui définitivement admise. Les détails de son exécution varient suivant la variété de la hernie.

Deux procédés sont actuellement employés par les opérateurs. Dans le procédé de L.-Championnière on suture, *en un seul plan*, toutes les couches qui constituent la paroi abdominale : transverse, petit oblique, grand oblique, et l'on obtient ainsi un trajet inguinal non plus oblique, mais direct. — Dans le procédé de Bassini, la paroi est reconstituée en deux plans : un plan profond obtenu par la suture de l'arcade crurale avec le petit oblique et le transverse (tendon conjoint) et un plan superficiel que forment les deux lèvres du grand oblique, sectionné au début de l'opération. Entre ces deux plans, prend place le cordon. On obtient ainsi un trajet oblique.

Le pansement terminé et même la cicatrisation obtenue, le malade restera couché pendant trois semaines environ, pour donner plus de solidité à la cicatrice; au bout de quelques mois, trois à six environ, il lui sera permis de se livrer à ses occupations habituelles : le port d'un bandage est contre-indiqué, sauf dans les cas où la solidité de la paroi ne paraît pas complètement assurée. C'est dans ces conditions, mais dans ces conditions seules, qu'on obtiendra un résultat complet. Qu'on ne vienne pas objecter que l'opération ne sert à rien, si elle ne dispense pas d'un bandage; nous ne croyons pas qu'on puisse compter pour rien d'être débarrassé de tous les ennuis, de toute la gêne et de tous les dangers d'une hernie. — Et si l'on veut constater plus tard la perfection de l'opération telle que nous l'avons indiquée, qu'on palpe la région après l'opération, on y sentira au-dessous de la cicatrice cutanée un gros bourrelet cicatriciel obtenu

par le rapprochement des tissus décollés, et ce cordon pourra être suivi jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale.

L'étude des statistiques les plus récentes montre que la mortalité inhérente à l'opération diminue à mesure que la technique de la cure radicale s'améliore et est mieux connue; qu'elle est minime et peut tomber à zéro (Berger). Elle est presque toujours survenue chez des sujets prédisposés par un mauvais état général, par leur âge (vieillards ou au contraire enfants en bas âge) ou par le volume excessif de la hernie.

La mort reconnaît pour cause ordinaire soit des accidents opératoires, tels que : hémorragie de l'épiploon ou d'un vaisseau important, voisin de l'anneau herniaire, ou la blessure de la vessie ou de l'intestin; soit des complications post-opératoires, telles que des accidents septiques dont la gravité varie depuis de simples éliminations de fils avec suppuration légère jusqu'à la péritonite purulente en passant par les abcès localisés autour du moignon épiploïque, ou encore des occlusions intestinales post-opératoires ou des accidents pulmonaires (broncho-pneumonie et congestion hypostatique).

Quant aux résultats définitifs, leur appréciation est rendue très délicate par les variations qui existent dans la qualité de l'opérateur, les caractères de la hernie et le choix du procédé opératoire. Il reste néanmoins certain que la cure radicale dans la grande majorité des cas procure le résultat cherché, surtout quand il s'agit de hernies petites chez des sujets jeunes, pourvus de parois abdominales résistantes.

Voici d'ailleurs, d'après Berger, quelles seraient les indications précises de la cure radicale :

1° Cas dans lesquels on est en droit d'attendre de l'opération la guérison définitive de la hernie, après insuccès du bandage méthodiquement et suffisamment longtemps appliqué : telles les hernies des enfants et des adolescents et les hernies de force chez les adultes jeunes.

2° Cas dans lesquels la guérison définitive est moins probable et où l'opération a surtout pour but de diminuer les inconvénients de la hernie :

- a. Accroissement continu et graduel rendant sa contention de plus en plus difficile;
- b. Échappement fréquent de la hernie sous la pelote;
- c. Accidents, même passagers, d'irréductibilité, d'inflammation ou surtout d'étranglement;

d. Intolérance absolue pour les bandages.

A ces indications, Lucas-Championnière ajoute : certaines maladies favorisant l'écllosion des complications herniaires (asthme, emphysème); les hernies congénitales avec ectopie testiculaire; enfin certaines convenances sociales (nécessité de travailler à certaines professions rudes, perspective d'un mariage, etc.).

C. *Contre-indications.* — A. Communes à toutes les opérations qui ne sont pas des opérations d'urgence : État du sujet; coïncidence d'autres affections graves; maladies organiques; diabète; cachexies; âge (enfants en bas âge jusqu'à la 5^e année (Berger); vieillards après 60 ans).

B. Contre-indications locales : faiblesse de la paroi abdominale; grande dilatation des anneaux; développement très rapide de la hernie; multiplicité des hernies.

Trélat a résumé les indications de la cure radicale dans la formule concise suivante :

Toute hernie qui n'est pas *complètement, constamment, facilement* contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale.

CHAPITRE II

DES HERNIES IRRÉDUCTIBLES

Un certain nombre de hernies ne peuvent à leur ordinaire rentrer dans l'abdomen; elles ne s'accompagnent pourtant d'aucun accident grave, et peuvent persister très longtemps sans qu'il en résulte autre chose qu'une gêne, une infirmité plus grande, des dangers plus sérieux. Ce sont les hernies dites *irréductibles*.

Classification. — Les hernies purement et simplement irréductibles doivent, selon nous, se subdiviser en quatre classes bien distinctes surtout au point de vue anatomique.

1^o Hernies ayant perdu par leur volume le droit de domicile dans l'abdomen;

2^o Hernies irréductibles en raison d'une disposition anatomique du péritoine herniaire;

3^o Hernies irréductibles par adhérences;

4^o Hernies irréductibles par hypertrophie

1^o *Hernies ayant perdu par leur volume le droit de domicile dans l'abdomen.* — On rencontre de temps à autre d'énormes hernies dont le sac est occupé par la plus grande partie de l'intestin et de l'épiploon qui semblent avoir perdu droit de domicile dans la cavité abdominale.

Ce sont pour la plupart des hernies anciennes qui n'ont jamais été contenues, ni réduites ou qui, du moins, ne l'ont jamais été que d'une manière insuffisante.

Ces hernies sont caractérisées anatomiquement par leur volume, par l'énorme dilatation des anneaux herniaires au niveau desquels elles se sont échappées, par la diminution de capacité de la cavité abdominale qui semble s'être rétractée au point de ne plus permettre la rentrée des viscères herniés.

Cliniquement, ces hernies se rapprochent beaucoup des hernies *incoercibles*; lorsqu'on cherche à les réduire, on obtient bien la réduction d'une anse intestinale, mais en même temps il en sort une autre. Ainsi que le fait justement remarquer Picqué (*Encycl. internat. de chir.*, t. VI), dans cette variété de hernie il ne s'agit en réalité que d'une *irréductibilité apparente*. On ne saurait imaginer quel volume peuvent atteindre certaines hernies inguinales; il n'est pas rare d'en voir d'aussi volumineuses qu'une tête d'adulte; on en a vu descendre jusqu'aux genoux; Berger a observé à la Charité une hernie inguinale droite qui recouvrait les deux tiers supérieurs des cuisses. — On y trouva à l'autopsie la presque totalité de l'intestin grêle et du gros intestin.

Les cas de ce genre ne sont pas rares dans les hospices de vieillards.

Il est bien curieux du reste de voir bon nombre de ces hernies persister pendant un temps très long, s'accroître même sans donner lieu à des symptômes graves, et n'occasionner, en fait de troubles fonctionnels, que quelques douleurs, des tiraillements, et surtout une gêne et une infirmité en rapport avec le volume de la hernie.

2^o *Hernies irréductibles en raison d'une disposition anatomique spéciale du péritoine herniaire.* — Cette deuxième classe de hernies irréductibles a été longtemps rangée dans la classe des hernies adhérentes. Scarpa, le premier, a bien décrit sous le nom d'*adhérence charnue naturelle*, cette cause d'irréductibilité, « formée par les