

alors bien du mal à contenir la hernie et à l'empêcher de grossir constamment.

**Traitement.** — Chez les jeunes enfants, alors que le testicule est descendu, le véritable traitement, c'est le port du bandage qui amène bien souvent la guérison radicale. Il faut un bandage à ressort métallique, doux, avec une petite pelote mollette et un sous-cuisse. — Le bandage doit être porté nuit et jour pendant un an environ, quelquefois moins, quelquefois plus; il ne faut l'ôter tout à fait que progressivement et par tâtonnements surveillés. — Le bandage sera enlevé deux fois par jour pour les soins de propreté et remis en place avec soin après réduction de la hernie, si elle s'était reproduite.

La guérison sera en général obtenue pourvu que le traitement ait été continué un temps suffisant, deux ou trois ans, et même davantage (Berger). Si le bandage échoue, à partir de l'âge de cinq ans l'opportunité de la cure radicale pourra être envisagée; quand le sujet est arrivé à l'adolescence, l'opération s'impose.

Chez l'adulte et le vieillard, la hernie inguinale réductible ne doit guère être traitée autrement que par un bon bandage. Si la hernie n'est pas trop volumineuse, le bandage français avec sous-cuisse la maintient en général facilement. Si la hernie est assez difficile à contenir, on emploiera de préférence le bandage anglais, dont la pression est plus forte.

La hernie est-elle un peu volumineuse, il sera nécessaire d'employer la pelote triangulaire; en cas de nécessité on y ajoutera un ressort dont la puissance pourra être graduée à l'aide d'une clef: certaines grosses hernies ne peuvent être maintenues qu'au moyen du bandage de Dupré, à tige rigide, supportant une double pelote, et maintenu par une ceinture serrée sur la région lombaire; lorsqu'il est impossible de réduire tous les viscères et que, par exemple, une portion d'épiploon reste à l'extérieur, une pelote concave est indiquée.

L'application du bandage doit toujours être faite avec soin, surveillée avec attention au point de vue de la pression: continu, si la hernie est difficile à maintenir et si l'on peut espérer la guérison, le port du bandage pourra n'être que diurne, si la hernie rentre facilement et reste bien maintenue.

On peut être amené à pratiquer la cure radicale si les conditions

générales et locales le permettent. Cette opération s'impose avec nécessité dans tous les cas où, suivant la formule de Trélat, la hernie n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage.

La hernie compliquée d'ectopie testiculaire commande chez l'enfant l'emploi de pelotes en fourche disposées de façon à maintenir la hernie sans presser sur le testicule qui se trouve logé dans la fourche même. Mais si le testicule ne peut être maintenu au dehors et nettement isolé de la hernie, il faut renoncer au bandage, qui s'opposerait à la migration du testicule et risquerait de transformer une hernie commune en hernie inierstitielle.

A un âge un peu plus avancé on s'adressera à la cure radicale avec abaissement et fixation du testicule dans le scrotum, opération dite orchidopexie. L'atrophie ou la dégénérescence du testicule ou encore l'impossibilité de son abaissement autorisent seules la castration.

Les principes généraux de la cure radicale sont applicables à la hernie inguinale. Il faudra s'appliquer à la reconstitution intégrale et méthodique de la paroi abdominale. Des nombreux procédés préconisés, celui de Bassini satisfait le mieux à cette indication, en assurant la réfection de la paroi postérieure et de la paroi antérieure du trajet dans toute leur étendue.

## II

## HERNIES INGUINALES IRRÉDUCTIBLES

Nous avons déjà énuméré les conditions qui rendent d'une façon générale les hernies irréductibles. Nous avons peu de chose à ajouter à cette description en ce qui touche spécialement les hernies inguinales.

1<sup>o</sup> *Hernies inguinales irréductibles à cause de leur volume.* — Il n'est pas rare de rencontrer, chez les sujets âgés principalement, des hernies inguinales énormes, sorties de l'abdomen par des orifices extrêmement dilatés, renfermant une grande longueur d'intestin et distendant la peau du scrotum au point de faire presque disparaître la verge.

Ces hernies ont perdu droit de domicile dans le ventre; ce sont plutôt des hernies *incoercibles* que des hernies *irréductibles*; si

vous réduisez une anse, il en ressort une autre; la hernie ne peut être contenue. Un suspensoir est le seul appareil capable d'empêcher la tumeur de s'accroître trop rapidement et de déterminer les tiraillements douloureux, les coliques, qu'elle produit en général.

2° Les *hernies irréductibles par suite d'une disposition anatomique spéciale du péritoine* sont exclusivement des hernies inguinales. C'est ici que se rencontrent ces adhérences charnues du gros

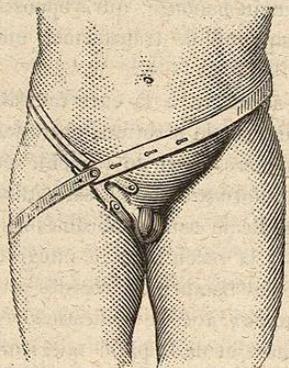


Fig. 73. — Pelote en fourche pour la hernie inguinale congénitale avec ectopie testiculaire.

intestin, qui ne sont autre chose que la descente dans le sac non seulement de l'intestin, mais encore de ses attaches, si bien que par rapport à l'intestin hernié, la paroi postérieure du sac représente, pour ainsi dire, la paroi postérieure de l'abdomen. Ces hernies sont difficiles à reconnaître autrement qu'au cours d'une opérations et elles sont pour le chirurgien, à ce moment-là, une source de sérieux embarras.

4° Nous nous bornons à rappeler que l'irréductibilité par accroissement exagéré, extra-abdominal, des franges épiploïques, ou de l'épiploon lui-même, a été observée plusieurs fois dans les hernies ombilicales. Le traitement ne comporte qu'une indication : la cure radicale.

5° *Hernies inguinales irréductibles par adhérences anciennes avec le sac.* — Dans des hernies un

peu volumineuses et anciennes on observe des entéro-épiplocèles ou des épiplocèles adhérent plus ou moins intimement au sac péritonéal; ces adhérences s'établissent petit à petit par poussées, et ces poussées se caractérisent cliniquement par des phénomènes douloureux et une tension plus marquée du côté de la hernie; elles se calment rapidement par le repos, mais ces hernies sont souvent sensibles, douloureuses, elles supportent mal le bandage; lorsqu'elles ne sont pas trop volumineuses, c'est la pelote concave qu'il convient de leur appliquer. La cure radicale, toute difficile qu'elle paraisse dans ces conditions, pourra souvent trouver ici son indication.

## III

## HERNIES INGUINALES ÉTRANGLÉES

Dans les *hernies ordinaires*, de beaucoup les plus fréquentes, l'*agent de l'étranglement* est le plus souvent le *collet du sac*; quelquefois pourtant l'obstacle réside dans les anneaux fibreux, et surtout dans l'*interne*; pour les *hernies congénitales* interviennent les *rétrécissements*, en forme de valvules ou de diaphragmes, que peut présenter le canal péritonéo-vaginal, et surtout le premier et le plus important d'entre eux, qui correspond à l'orifice abdominal du canal. — Il n'est pas rare non plus de voir le *testicule en ectopie* jouer un rôle très important dans l'étranglement; la plupart du temps le testicule n'agit cependant que comme complément d'une des dispositions précédentes, en empêchant la réduction de l'anse intestinale.

D'une manière générale, qu'il s'agisse de hernie inguinale commune ou congénitale, nous voyons donc que l'*agent de l'étranglement est presque toujours dans le sac*, ce qui implique la nécessité thérapeutique de l'ouverture du sac dans la kélotomie.

Relativement au siège de cet étranglement, on doit admettre comme seconde règle, non moins importante que la précédente, que l'*étranglement siège habituellement à l'orifice interne*; c'est là qu'est ordinairement le collet du sac; c'est là que se trouve le bord tranchant du *fascia transversalis*, qui n'est peut-être pas sans jouer un rôle important dans les accidents, bien qu'il ne soit pas toujours facile de le reconnaître dans les tissus épaissis, indurés que l'on sent étroitement appliqués autour de l'intestin. — Sans doute l'étranglement peut siéger à l'orifice externe, il peut occuper encore d'autres points du sac, mais ce n'est pas l'ordinaire. Dans le cas même d'étranglement à l'orifice extérieur, il peut fort bien exister un second étranglement à l'orifice interne, ce qui conduira le chirurgien à s'assurer dans tous les cas que ce dernier est bien libre. Il évitera de la sorte des accidents ultérieurs dus à la persistance de l'étranglement après une réduction incomplète.

Ces deux règles anatomiques posées, l'étude symptomatique de l'étranglement des hernies inguinales n'offre rien qui leur soit par-

ticulier; le chirurgien doit seulement être sûr qu'il existe une hernie, et que cette hernie est bien étranglée; il ne la confondra pas avec un abcès, une adénite, avec une inflammation du cordon, des veines du plexus pampiniforme, du testicule en ectopie. Quelquefois ces diverses affections s'accompagnent de symptômes semblables à ceux de l'étranglement : vomissements, coliques, constipation, abattement. Il est rare que les commémoratifs de l'étude attentive de la partie malade ne permettent pas de faire le diagnostic. Dans le cas de doute persistant, il ne faut pas s'abstenir. Il sera toujours moins grave d'avoir cru à une hernie qui n'existait pas, que d'avoir méconnu la hernie qui existait réellement.

En présence d'une hernie inguinale étranglée, quelle doit donc être la conduite du chirurgien? — Si la hernie est peu volumineuse, si elle s'est étranglée au moment de sa production, si le sujet est jeune, la hernie presque entièrement formée d'intestin, à plus forte raison si l'on a des motifs de croire à une hernie congénitale, à une hernie rare compliquée d'ectopie testiculaire, dans tous ces cas, dis-je, la rapidité des lésions engendrées par l'étranglement doit faire rejeter le taxis, à moins qu'il ne soit fait immédiatement, et l'on doit procéder à l'opération avec ouverture du sac. On ne peut faire d'exception que pour les tout jeunes enfants et particulièrement pour ceux qui sont encore à la mamelle.

Au contraire, s'agit-il d'un homme déjà âgé, la hernie inguinale est-elle ancienne, les accidents remontent-ils seulement à vingt-quatre, quarante-huit heures, quelquefois même un peu plus, dans ces cas on doit tenter le taxis, qui donne vraiment d'excellents résultats dans la hernie inguinale. — La durée du taxis, l'intensité des efforts seront en raison inverse de la durée des accidents; suivant que la hernie paraîtra, à cause de son volume, de son ancienneté, de sa composition, plus ou moins bien disposée pour supporter les pressions du taxis, on aura recours au taxis simple, au taxis forcé, à la compression par la bande de caoutchouc; en général, il sera prudent de s'en tenir au taxis simple pratiqué sous le chloroforme. On favorise quelquefois la réduction en exerçant des pressions sur l'abdomen au niveau de la corde épiploïque, en plaçant le malade la tête en bas, les jambes supportées par les épaules d'un assistant. Le taxis offrira plus de chances de succès s'il est tenté après un grand bain d'une heure. — Dans les conditions indiquées plus haut, le taxis

donne de très beaux résultats. Nous empruntons au tome III des Cliniques de Gosselin la statistique suivante :

Sur 115 hernies inguinales étranglées, le taxis a été pratiqué 67 fois; il y a eu 64 guérisons, soit 95 fois pour 100, et 5 morts.

La même statistique nous indique dans quelle proportion l'opération sanglante a été jugée nécessaire : 41 fois sur 115.

Cette opération de la kélotomie inguinale doit être faite, comme nous l'avons dit, toujours avec ouverture du sac. — Nous avons montré que l'étranglement pouvait siéger loin, qu'il était en général en rapport avec l'orifice interne, que par conséquent sa demi-circonférence interne était fort voisine de l'artère épigastrique; ce voisinage dangereux doit être présent à la mémoire du chirurgien; il guidera donc le bistouri d'A. Cooper, s'il se sert de cet instrument, de manière à opérer le débridement du collet à la partie supérieure, pour être plus sûr de ne pas rencontrer d'anomalies artérielles; les débridements seront de peu d'étendue, mais multipliés suffisamment pour permettre la réduction facile de la hernie. Il vaut certainement mieux ouvrir le trajet inguinal sur toute sa longueur à découvert, avec le bistouri ordinaire ou les ciseaux, que de se servir un peu à l'aveugle du bistouri de Cooper.

## CHAPITRE II

### HERNIES CRURALES

Les *hernies crurales* ont pour caractère constant de sortir par l'*anneau crural*, et de venir se présenter à la partie supérieure et interne de la cuisse, au-dessous du pli de l'aîne.

*Notions anatomiques.* — *Anneau crural.* — *Entonnoir crural.* — La grande échancrure antérieure que présente la ceinture pelvienne pour laisser passer le psoas d'une part, les vaisseaux et nerfs cruraux d'autre part, est transformée, par l'arcade crurale ou de Fallope, en un véritable pont à deux arches principales. — Sous l'arche externe s'engage le psoas et avec lui le nerf crural; elle n'a aucun rapport avec la hernie crurale; l'arche interne nous intéresse seule; c'est à sa partie interne que se voit le véritable *anneau crural*, qu'il vaudrait mieux appeler *anneau de la hernie crurale*.