

gauche, l'impulsion communiquée à l'anneau *droit* est plus forte; si, au contraire, le poids est soulevé avec le bras *gauche*, l'impulsion communiquée à l'anneau *gauche* est plus forte. Le professeur Cloquet attribue ces effets différents à la direction suivant laquelle agit l'axe du diaphragme pendant la contraction de ce muscle, dans les diverses attitudes du tronc. En effet, si le haut du corps s'incline à gauche ou à droite, l'axe du diaphragme n'est plus dirigé de haut en bas et d'arrière en avant; il se porte de haut en bas, d'arrière en avant et d'un côté à l'autre. L'impulsion communiquée aux viscères par la contraction du diaphragme, au lieu de se faire sentir également aux deux côtés de la partie antéro-inférieure de l'abdomen, portera plus spécialement sur l'un des côtés de cette région. La plupart des sujets étant *droitiers*, se servant, par conséquent, du membre supérieur droit pour exécuter des efforts, inclinent le haut du corps à gauche; l'impulsion des viscères se fait donc sentir davantage à droite; d'où la fréquence plus grande des hernies de ce côté. Ce qui confirme cette théorie, c'est que chez les sujets *gauchers*, les hernies sont plus communes à gauche.

*Autres causes prédisposantes.* La mobilité de certains viscères abdominaux, l'accroissement de volume de l'épiploon, la distension excessive de certains organes tels que la vessie, la faiblesse de certains points de l'abdomen, faiblesse congénitale comme cela existe pour les anneaux inguinaux, les arcades crurales, l'anneau ombilical, ou faiblesse acquise ainsi qu'il arrive après de fortes contusions, des plaies pénétrantes de l'abdomen, à la suite de grossesses répétées, sont autant de circonstances qui favorisent la production des hernies.

L'hérédité est aussi une cause dont il faut tenir compte.

*Causes occasionnelles.* Ce sont toutes les circonstances qui ont pour effet de pousser les viscères du ventre contre les parois de cette cavité, ou les parois contre les viscères. Les grandes secousses communiquées au tronc dans les chutes, le saut, l'équitation, les vomissements, le travail de la parturition, les quintes de toux; des efforts violents de tout genre, pour soulever un lourd fardeau ou pour pousser un corps pesant, occasionnent les hernies d'une manière brusque ou lente, c'est-à-dire que tantôt une portion de viscère s'échappe tout d'un coup à travers l'un des anneaux herniaires; tantôt cette sortie se fait d'une manière graduelle.

*Symptômes.* Toute hernie se présente sous la forme d'une tumeur ayant généralement son siège au niveau d'une des *ouvertures herniaires* de l'abdomen, plus ou moins volumineuse, ayant paru tout à coup à l'occasion d'un effort, ou lentement et sans efforts sensibles; tumeur indolente par elle-même et à la pression, sans changement de couleur de la peau qui la recouvre. Cette tumeur *rentre d'elle-même ou par la moindre pression exercée sur elle*, lorsque le sujet est couché ou même debout; elle réapparaît à la même place, si le malade se lève, ou s'il se livre au moindre effort, s'il tousse par exemple. Lorsque la tumeur est rentrée dans l'abdomen, on peut avec le doigt sentir l'ouverture aponévrotique qui a donné passage aux viscères, et en appuyant fortement le doigt sur cette ouverture, on empêche

la tumeur de se reproduire malgré les efforts exécutés par le patient. Pendant ces efforts, on sent le doigt soulevé par l'impulsion des viscères.

Il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'une hernie; il faut encore déterminer l'espèce de viscère contenu dans la tumeur. Lorsque celle-ci est formée d'une portion d'*intestin*, elle est moins volumineuse quand l'intestin est vide que lorsque cet organe est plein de gaz ou de matières fécales. La tumeur est arrondie, plus étroite du côté de l'ouverture abdominale. Elle est égale, élastique, tendue, lorsqu'elle est remplie de gaz; molle, pâteuse, ou dure et inégale quand elle contient des matières stercorales. La réduction en est généralement facile et accompagnée d'un bruit de *gargouillement*.

Dans les *épiplocèles*, la tumeur est molle, pâteuse, inégale; la réduction est plus difficile que dans les entéroécèles et se fait sans bruit de *gargouillement*, à l'aide d'une compression soutenue avec la main, et non pas d'une manière brusque. La pesanteur spécifique de l'épiplocèle est aussi plus considérable que celle de l'entéroécèle.

Dans l'*entéro-épiplocèle*, on trouve réunis les signes propres aux deux tumeurs précédentes.

Le *volume absolu* des hernies est très-variable suivant les cas: il y a des hernies qui ne renferment qu'une petite portion d'épiploon ou une partie seulement de la circonférence de l'intestin. Il en est d'autres qui contiennent une grande partie de tous les viscères de l'abdomen. Les hernies *crurales* sont ordinairement plus petites que les *inguinales*. Lorsqu'une hernie, après avoir été contenue pendant un certain temps, reparait plus tard, le volume en est d'abord moins considérable qu'avant la réduction; mais, à défaut de contention, la hernie reprend son ancien volume. Les hernies étranglées et opérées, qui reparassent plus tard, parce qu'on n'a pas eu la précaution de les contenir, acquièrent un plus grand volume qu'avant l'opération.

*Marche. Terminaisons.* Abandonnées à elles-mêmes, les hernies ont de la tendance à augmenter de volume, parce que de nouvelles portions des organes abdominaux s'ajoutent aux portions qui existaient déjà dans le sac. La tumeur est exposée à s'enflammer, ce qui a pour résultat de faire naître des adhérences entre les viscères et les parois du sac, d'où l'irréductibilité de la hernie au bout d'un certain temps. Si, au contraire, la hernie est habituellement contenue, et si l'ouverture herniaire ainsi débarrassée de tout organe étranger est soumise à une compression méthodique et continue, si surtout le sujet affecté de hernie est encore jeune et pourvu d'une paroi abdominale résistante, il est possible que l'ouverture herniaire revienne graduellement sur elle-même et qu'après un certain temps le malade guérisse.

*Diagnostic.* Tant qu'une hernie est réductible, il est facile de la différencier de toute autre tumeur qui a plus ou moins de ressemblance avec elle. Personne ne se trompera quand il s'agira de distinguer une hydrocèle de la tunique vaginale d'une hernie inguinale externe qu'on peut repousser dans l'abdomen; une hernie crurale réductible d'une adénite de la partie supérieure et interne de la cuisse. Quand une hernie devient irré-

ductible, les conditions sont tout opposées. Ajoutez encore que certaines tumeurs, tels que le varicocèle, les abcès par congestion de l'aîne, ont une apparence de réductibilité qui les fait ressembler aux hernies. C'est à l'occasion de l'histoire de chaque hernie en particulier que cette étude sera reprise.

**Pronostic.** Il est toujours grave, en raison de cette circonstance que toute hernie peut s'étrangler, et que ce dernier accident est de nature à compromettre la vie du malade. Il résulte de cette donnée, qu'une hernie réductible et habituellement contenue est bien moins grave qu'une hernie irréductible. Les hernies intestinales sont plus dangereuses que les hernies épiploïques, parce que l'étranglement d'une portion d'intestin est plus sérieux que l'étranglement d'une portion d'épiploon. Les hernies qui se produisent brusquement sont plus dangereuses que les hernies qui se forment avec lenteur; les premières sont plus exposées à s'étrangler parce que l'anneau aponévrotique n'a pas eu le temps de se dilater progressivement. Par contre, et en raison de cette dernière disposition, elles offrent plus de chances au point de vue de la cure radicale que les dernières. Les hernies des enfants sont moins graves que celles des adultes et des vieillards, parce que, sous l'influence des progrès de l'âge et de l'accroissement de force de la paroi abdominale, les ouvertures herniaires se rétrécissent, ce qui conduit souvent à une guérison radicale.

**Traitement.** Il est palliatif et curatif.

I. TRAITEMENT PALLIATIF. Il y a deux indications à remplir : réduire la hernie et la maintenir réduite.

**Taxis.** Pour réduire la hernie, on exécute l'opération appelée TAXIS. Le malade est couché sur le dos, la tête et les épaules fléchies sur le tronc, les cuisses fléchies sur le bassin, ce dernier plus relevé que le reste du tronc, afin de mettre l'ouverture herniaire dans une position déclive. L'attitude générale du sujet a pour but de relâcher les muscles de l'abdomen, ce qui favorise la rentrée des viscères dans cette cavité. Il est bon aussi que le malade soit placé sur le bord du lit et que le chirurgien, placé lui-même à droite du patient, n'ait pas besoin de s'incliner en avant pour exécuter les manœuvres, ce qu'il n'obtiendra parfois qu'en s'asseyant, pour peu que le lit soit bas. Le chirurgien saisit avec toute la face palmaire de la *main droite* la tumeur par le fond de celle-ci et lui imprime des mouvements de totalité en divers sens, pour répartir d'une manière aussi uniforme que possible les gaz et les matières fécales de l'anse intestinale contenue dans le sac. Puis il exerce sur la tumeur une pression continue, dans une direction semblable mais inverse à celle que les viscères ont suivie pour sortir de l'abdomen, direction variable suivant l'espèce de hernie. S'agit-il, par exemple, d'une hernie inguinale externe, le chirurgien repousse la tumeur obliquement de *bas en haut*, d'*avant en arrière* et de *dedans en dehors*, parce que les viscères se sont échappés de l'abdomen suivant une ligne dirigée obliquement de *haut en bas*, d'*arrière en avant* et de *dehors en dedans*. En agissant ainsi, on repousse d'abord dans la cavité abdominale les parties qui sont sorties les dernières, et à la fin de la rédu-

tion les parties qui sont sorties les premières. Lorsque l'anneau ou le canal aponévrotique herniaire est large, il faut en soutenir les bords ou les parois avec les doigts de la main *gauche* qui embrassent le pédicule de la hernie, pour empêcher qu'une nouvelle portion de viscère ne sorte à mesure qu'une portion de la tumeur est refoulée dans l'abdomen. Une fois la tumeur réduite, il faut s'opposer à ce qu'elle sorte de nouveau, en exerçant une compression permanente sur l'ouverture ou le canal aponévrotique. On remplit cette indication avec le bandage herniaire.

**Bandage herniaire.** Dans tout appareil de ce genre, il faut considérer la pelote destinée à être appliquée sur l'orifice herniaire, la ceinture ou le ressort qui maintiennent la pelote et les *sous-cuisses* qui empêchent la pelote de glisser.

**De la pelote.** Elle présente à étudier, la matière ou substance dont elle est formée, la configuration qu'on lui donne, son mode de réunion avec le ressort. Relativement à la matière, on peut distinguer plusieurs catégories de pelotes. Les unes sont *molles*; on se sert pour les rembourrer de charpie, de vieux linge, de laine. D'autres fois, ce sont des *sachets* renfermant une substance médicamenteuse. Il y a des pelotes *demi-molles*; celles-ci reposent sur une plaque solide en bois ou en métal, et ne conviennent qu'aux hernies faciles à maintenir. Elles ont l'avantage de se mouler exactement sur les parties où elles sont appliquées. Mais au bout de quelques jours, elles se tassent, se déforment et deviennent impropres à remplir leur but.

Les pelotes *élastiques* sort de deux sortes : les unes sont formées d'une substance qui possède par elle-même un certain degré d'élasticité, les autres ne doivent cette propriété qu'à la présence d'un ressort. Les pelotes élastiques par la substance même qui les forme sont faites avec une masse de caoutchouc, substance qui a l'inconvénient de se durcir à l'air, ce qui rend l'application du bandage pénible. Au lieu d'une masse de caoutchouc, Donza, Cresson-Dorval et Sanson ont employé les pelotes à *air* renfermé dans une poche de caoutchouc aminci. On a reproché à ces pelotes de se vider de l'air qu'elles contiennent, ce qui rend leur action incertaine. Pour obvier à cet inconvénient, Cresson a construit des pelotes dont on peut renouveler l'air à volonté au moyen d'un robinet par lequel on insuffle le fluide. Belmas a proposé de remplacer l'air par de la *gélatine molle*. Il faut encore rattacher à la catégorie des pelotes élastiques par elles-mêmes, les

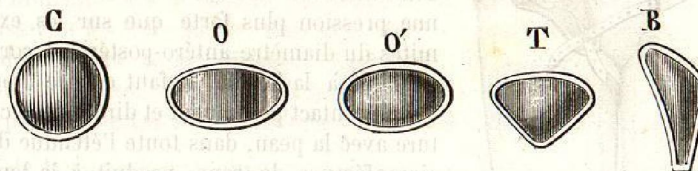


Fig. 233.

pelotes formées d'une substance appelée par Mabout *caoutchouc artificiel* et qui a pour base l'huile de lin.

Les pelotes rendues élastiques par la présence d'un ressort ont été ima-