

De même, pour la *hernie de la vessie*, les meilleurs indices sont en somme la réplétion de la portion herniée coïncidant avec celle du réservoir lui-même, la possibilité après la miction d'évacuer son contenu dans la vessie et de provoquer une miction nouvelle, enfin la matité de la tumeur à l'état de réplétion.

La forme et la consistance de la tumeur, les troubles menstruels, les crises douloureuses névralgiques ou hystéroides provoquées à l'époque des règles par la congestion ou encore par la palpation exagérée de la hernie, permettront parfois de reconnaître la *hernie de l'ovaire*.

Les autres viscères se rencontrent assez rarement pour être difficilement diagnostiqués, à moins qu'il ne s'agisse de hernies volumineuses où on peut les distinguer par leur forme et leur consistance.

Le *diagnostic* des tumeurs herniaires ne présente donc pour ainsi dire pas de difficultés. Chez les femmes très grasses et lorsqu'il s'agit de hernies très petites, à peine marquées, on conçoit cependant qu'il puisse être malaisé de les découvrir.

Lorsque la hernie, et un peu volumineuse, les difficultés cessent; il n'y a guère de tumeurs réductibles comme elle; cliniquement on peut dire qu'il n'y en a pas qui soient sonores de la même manière, et complètement réductibles avec gargouillement.

Ce sera donc sur ce double caractère clinique qu'on s'appuiera pour distinguer la *hernie* de la tumeur mate, liquide, fluctante, incomplètement réductible, constituée par un abcès froid, une varice veineuse ou lymphatique.

L'*abcès froid* d'ailleurs n'est pas aussi bien limité; son enveloppe est plus épaisse; sa fluctuation plus franche s'accompagne du bruit de chaînon quand il y a double poche; enfin l'exploration attentive du bassin et de la colonne vertébrale révèle presque toujours le point de départ; ce diagnostic sera encore confirmé par l'état général, la présence d'autres lésions tuberculeuses.

Les *varices veineuses*, intra-scrotales ou superficielles, constituent rarement une tumeur aussi volumineuse; elles forment des paquets dans lesquels on reconnaît une accumulation de corps allongés et pelotonnés; elles s'accompagnent souvent de dilatations veineuses extérieures évidentes.

Enfin les *varices lymphatiques*, qui s'observent surtout chez cer-

tains individus ayant habité les colonies, l'île Maurice notamment, pourraient donner naissance à des tumeurs rappelant certaines espèces de hernies; mais elles ne sont jamais sonores; elles siègent ordinairement dans le triangle de Scarpa; les troncs lymphatiques du voisinage deviennent apparents, etc....

Le diagnostic de l'épiplocèle pure est souvent plus difficile; au milieu d'une paroi surchargée de graisse, on peut rencontrer des lobules adipeux qui en imposent; on peut voir sortir par les orifices herniaires des lobules graisseux sous-péritonéaux constituant de *vrais lipômes herniaires*. Ces lobules graisseux peuvent être renfermés dans un sac déshabité: *hernie graisseuse vraie*; ils peuvent attirer à leur suite un sac herniaire et une anse intestinale; l'état adipeux de la paroi, la lobulation moins fine, permettront dans quelques cas de poser la question; il sera toujours bien difficile d'être absolument affirmatif.

Marche et terminaisons. — Une hernie bien contenue sur un sujet jeune et dès le moment de son apparition peut *guérir spontanément*. — Cette *guérison spontanée* s'effectue suivant deux mécanismes différents: ou bien le *collet s'oblitère*, ses faces s'accolent (Cloquet, Roustan, Malgaigne, Gosselin); ou bien le *sac réduit* dans l'abdomen avec son contenu *se déplisse* et le péritoine reprend sa disposition normale.

Étant donné ce que nous savons de la constitution anatomique du collet, ce déplissement, pour peu du moins que la hernie soit ancienne, doit être rare, et on conçoit que le sac réduit dans l'abdomen puisse encore recevoir une anse intestinale, l'étrangler même; c'est une variété de l'étranglement interne. Plus souvent peut-être, le sac persiste, mais étroit, petit, et l'intestin ne s'y engage plus; une hernie graisseuse, ou pseudokyste sacculaire, peuvent s'y développer.

Chez l'adulte qui porte un bon bandage, la hernie augmente peu; mais rien n'est commun comme de rencontrer des sujets porteurs de hernies volumineuses maintenues par des bandages insuffisants; la hernie, dans ces conditions, a toujours de la tendance à s'accroître, mais elle s'accroît lentement; la contention même imparfaite est utile. — Lorsque la *hernie n'est pas maintenue du tout*, elle augmente rapidement, tantôt d'une manière progressive, tantôt par poussées; elle devient très volumineuse et à la fin irréductible: nous allons y arriver.

Pronostic. — Le pronostic de la hernie réductible est tout entier dans ces deux mots : C'est une *infirmité*, doublée d'un *danger*.

Infirmité, parce que la hernie oblige à porter un bandage pendant un temps très long sinon toujours, parce qu'elle gêne considérablement les mouvements, s'oppose par conséquent à certains travaux pénibles, parce qu'enfin elle peut être sensible, douloureuse même.

Danger, parce que l'accroissement graduel de la hernie conduit à l'irréductibilité, à l'inflammation, à l'étranglement, c'est-à-dire à des complications très graves qui entraîneront la mort, si le chirurgien est appelé trop tard ou s'il hésite à intervenir.

Traitement. — La conclusion thérapeutique est facile à tirer : il faut soigner les hernies réductibles, et pour cela le chirurgien a deux méthodes à sa disposition.

Une méthode palliative, consistant dans le port d'un bon bandage ; une méthode curative, cure radicale des hernies, qui ne semble applicable dans l'état actuel de la science qu'à un petit nombre de hernies réductibles.

Traitement palliatif. — Il consiste, nous l'avons dit, dans l'application d'un bon bandage.

Le bandage est un appareil mécanique à pression constante, destiné à maintenir la hernie réduite.

Il se compose : 1° d'une pelote oblongue, elliptique, ou triangulaire ; c'est un tampon de laine ou de crin revêtu d'une armature métallique sur sa face extérieure, d'une peau fine sur sa face interne ; — 2° d'une tige le plus souvent métallique, destinée à soutenir la pelote, et qui prend elle-même son point d'appui sur la région lombaire.

L'emploi des bandages remonte à l'antiquité ; mais leur application n'est devenue pratique qu'en 1665, lorsque N. Lequin employa la pression d'un ressort en acier ; en 1761, Tiphaine, en inventant le bandage double, créa un perfectionnement important.

Il existe deux variétés principales de bandages :

1° Le *bandage français*, dont le ressort, moulé sur le haut du bassin, est aussi tordu suivant ses bords, comme si l'on avait incliné sa pelote en bas et en dedans, tandis que l'autre extrémité était tordue en sens inverse ;

2° Le *bandage anglais*, courbé seulement suivant ses faces, contourne la hanche du côté opposé, croise la ligne médiane pour venir

s'appliquer sur l'orifice herniaire. Sa pelote est articulée d'une façon très mobile avec le ressort ; cette mobilité rend les déplacements moins fréquents. La complication du mécanisme, son prix élevé, le rendent dans beaucoup de circonstances, moins pratique que le bandage français.

Nous ne pouvons mentionner toutes les variétés de bandages ; certaines modifications sont cependant utiles. Tels sont les bandages dont lesquels la pression de la pelote peut être graduée à l'aide d'une clef, bandages de Creuzot, qui rendent de réels services dans certains cas où la hernie est difficile à maintenir.

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

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.

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 (quatrième siècle), dont la méthode ressemble singulièrement aux méthodes modernes; mais déjà on ne parle plus de bandages. Paul d'Egine (septième 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-Méthis 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 quinzième siècle l'opération pour la cure radicale des hernies était complètement délaissée pour les bandages; au siècle suivant, Franco, Ambroise Paré, Fabrice d'Acquapendente 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 transfixion des parties. Cette idée, émise par Leroy dès 1855, 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 (1858-1865), 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 *séton* 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 trois succès complets et une amélioration sur quatre opérations; de toutes ces méthodes, c'est la seule qui paraisse donner des résultats sérieux. Schwalbe aurait guéri trente-quatre hernies sans accidents; J. 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° *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 excessivement propre. 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 conditions, l'éponge montée étant retirée, le sac est lié à son collet, au delà même, et 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 entrecroisé 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.

Cette méthode, dont les préceptes importants sont fort nettement tracés par Lucas-Championnière et qui lui a donné les plus beaux résultats, cette méthode, disons-nous, nous paraît préférable au simple drainage du sac pratiqué par Schede, à la suture intérieure du collet de Czerny, à la suture en piqué ou en capiton de Julliard; elle n'est pas exclusive, et on modifiera certains détails si les circonstances qui se produisent au cours de l'opération le demandent.

Nous ne voyons aucun inconvénient, au moins dans bien des cas, à joindre la suture des piliers à la suture superficielle, mais nous ne croyons pas beaucoup à l'utilité de ce rapprochement de deux parties fibreuses.

Le pansement terminé et même la cicatrisation obtenue, le chirurgien doit encore se prémunir contre la récurrence; dans ce but, un appareil contentif sera maintenu au-devant de l'orifice herniaire, et le malade restera couché pendant un temps considérable 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; mais une large plaque, peu convexe, sera soigneusement maintenue devant la paroi affaiblie. 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.

Quant aux résultats donnés par la plupart des statistiques, nous les croyons entachés d'erreur, car toutes les précautions que nous avons indiquées n'ont pas été suivies. Les statistiques résumées par Segond dans sa thèse donnent 20 morts sur 219 opérés, 44 récurrences immédiates sur 113 résultats connus.

Les faits, chaque jour plus nombreux, de Lucas-Championnière, de Terrier, de nous-mêmes et d'autres, permettent d'établir l'innocuité presque absolue de l'opération et son efficacité.

Il y a donc à prendre ici des précautions spéciales dont nous sommes attaché à indiquer les principales; c'est là qu'est le secret du succès de cette opération, qui deviendra certainement plus fréquente à mesure qu'on sera convaincu de son innocuité et de son efficacité. Nous aurons soin d'en parler à propos des diverses variétés de hernies qui vont nous occuper.

Enfin, pour appliquer immédiatement ces résultats à la hernie spontanée réductible, nous dirons que pour la plupart des hernies de cette catégorie la cure radicale ne saurait être recherchée autrement que par des bandages; mais nous ajouterons qu'une hernie un peu volumineuse, difficile à maintenir, douloureuse, faisant craindre à chaque instant des accidents d'étranglement, une hernie de ce genre doit être opérée suivant les préceptes que nous venons de poser.

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 par lesquels 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; M. 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 mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec lui. »