

l'excellente revue critique de Reverdin, les thèses de Delbastaille, de V. de Mestral, de Guénod et le travail tout récent de Leisrink, basé sur l'analyse de trois cent quatre-vingt-dix cas.

A côté de la cure radicale par le bistouri, un procédé moins périlleux a pris naissance, mais cette fois c'est en France. On sait en effet qu'en 1875, M. Luton (de Reims) a proposé de guérir les hernies par des injections sous-cutanées d'eau salée. A l'étranger, Schwalle, Heaton et plusieurs autres chirurgiens préconisent chaleureusement la pratique des injections sous-cutanées et ce mode de cure radicale non sanglante fait, lui aussi, chaque jour de nouveaux partisans.

L'enthousiasme des nombreux adeptes de la « nouvelle méthode » de cure radicale par le bistouri est-il légitime? L'instant est-il venu de donner à la cure radicale une place dans le cadre des opérations rationnelles? C'est là ce que nous aurons à déterminer dans ce travail. Jusqu'ici l'excellence des résultats proclamés à l'étranger laisse les chirurgiens français silencieux. Parmi ceux qui n'ont pas d'idée préconçue, il en est plusieurs qui attendent une occasion favorable pour mettre à l'épreuve les nouvelles méthodes. Mais cette occasion est sans doute difficile à rencontrer, et, dans nos hôpitaux de Paris, M. Lucas-Championnière est, croyons-nous, le premier chirurgien qui ait eu recours à l'intervention sanglante dans le traitement des hernies non étranglées.

CHAPITRE II

CURE RADICALE DES HERNIES — MÉTHODES ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Deux modes de traitement s'offrent au chirurgien pour guérir radicalement les hernies : le traitement par les bandages et le traitement chirurgical proprement dit. En envisageant la question à ce double point de vue, nous nous écartons de la marche suivie dans les nombreux travaux récemment publiés sur la cure radicale des hernies.

Pour les chirurgiens étrangers auxquels la cure radicale doit son regain d'actualité, l'idée de cure radicale comporte fatalement celle d'une intervention sanglante, et c'est par exception qu'ils discutent la possibilité d'un résultat semblable par le simple emploi des bandages. Beaucoup d'entre eux estiment que les opérations de cure radicale sont inoffensives; ils ont foi dans leur efficacité, il est donc naturel qu'ils négligent des méthodes plus modestes et simplement palliatives dans la majorité des cas. Notre manière de voir est différente;

négliger l'histoire des bandages dans la cure radicale des hernies nous semblerait une omission grave : on sait, en effet, qu'ils peuvent, dans certains cas déterminés, provoquer la guérison définitive. L'étude de leur mode d'action et l'appréciation des résultats qu'ils donnent, nous occuperont donc tout d'abord ; nous arriverons ensuite aux méthodes opératoires proprement dites.

Le nombre des méthodes ou mieux des procédés conseillés pour guérir radicalement les hernies reste considérable, même après élimination des opérations barbares ou sans valeur dont nous avons parlé dans notre historique. Pour éviter la monotonie et l'obscurité d'une simple énumération, nous chercherons à les classer en nous basant principalement sur la physiologie pathologique de leur mode d'action.

Il est, en outre, une grande division qui s'impose : parmi tous ces procédés, les uns exigent, pour être exécutables, la réductibilité des hernies ; les autres peuvent être mis en usage aussi bien pour les hernies irréductibles que pour les hernies réductibles ; il est donc rationnel de faire une étude séparée des uns et des autres. Cette division n'aura pas seulement l'avantage de faciliter l'exposition des méthodes opératoires elles-mêmes, elle nous servira encore lorsque nous chercherons à déterminer les indications de la cure radicale et la valeur comparée des divers procédés opératoires.

Les indications variant du tout au tout suivant l'état de réductibilité ou d'irréductibilité des hernies, il nous est avantageux de réunir en un même faisceau toutes les opérations qui exigent la réductibilité comme condition *sine qua non* d'exécution. De même les opérations qui

font actuellement fortune à l'étranger étant avant tout des opérations larges et directes, à l'exécution desquelles la réductibilité ou l'irréductibilité des hernies importe peu, nous pourrons, en les comprenant dans une même description, ne pas dissocier les faits relatifs à la méthode moderne de cure radicale des hernies.

En résumé, voici l'ordre que nous allons suivre dans ce chapitre de médecine opératoire : après quelques généralités sur l'évolution des hernies et les conditions de leur cure radicale, nous étudierons successivement l'action des bandages, les opérations conseillées pour la cure radicale des hernies réductibles et les méthodes modernes proprement dites.

I

Considérations générales sur l'évolution des hernies et sur les conditions de leur cure radicale.

Toute hernie abdominale est essentiellement constituée par un orifice de sortie créé aux dépens de la paroi ventrale et par un sac dans lequel s'engagent les viscères déplacés. Réduire les viscères, faire disparaître la cavité du sac ou oblitérer son collet et fermer l'orifice de sortie, tel est donc le problème à résoudre dans toute tentative de cure radicale. Les choses ne se passent pas autrement lorsque l'évolution d'une hernie la conduit, par exception, à ce que l'on est convenu d'appeler la guérison spontanée. Cette notion de physiologie pathologique, capitale à

notre point de vue, nécessite quelques développements.

L'orifice de sortie peut être une solution de continuité créée de vive force dans l'épaisseur des parois ventrales : une plaie, une déchirure, une éraillure. Mais les hernies qui se produisent en de telles conditions forment une classe à part; ce sont des hernies traumatiques dont l'histoire ne saurait nous occuper. La hernie que nous visons dans ces premières généralités, c'est la hernie dite spontanée, — l'adjectif spontanée n'ayant du reste en aucune manière la signification de développement sans cause, mais bien celle de « développement sans l'intervention de causes extérieures à l'organisme ». Dans ces hernies dites spontanées, l'orifice de sortie est spécial par son *siège*, par sa *structure* et par sa *forme*.

Le *siège* est celui des points faibles de l'enceinte abdominale. Tels sont : le trou sous-pubien, l'échancrure ischiatique, les orifices interceptés par les bandelettes fibreuses dont l'entre-croisement forme la ligne blanche, les pertuis vasculaires échelonnés sur la ligne semi-lunaire de Spigel, certains interstices musculaires (grand oblique et grand dorsal, pyramidal et releveur de l'anus). Mais négligeons les orifices herniaires exceptionnels et n'envisageons que les trois points faibles franchis par les hernies crurales, inguinales et ombilicales que le titre même de cette thèse nous conduit à étudier d'une manière presque exclusive. Les orifices que les viscères franchissent dans ces trois régions ont comme caractère commun leur structure fibreuse, mais ils diffèrent à beaucoup de points de vue.

L'*anneau crural* est un simple orifice sans trajet que les viscères ont à peine besoin de distendre pour s'y engager. Sa béance est en quelque sorte immuable, et la rigidité de

ses bords est, à toutes les époques de la vie, parfaitement assurée par la tension réciproque du ligament de Fallope et du ligament de Gimbernat. A ce niveau, il n'existe donc aucune disposition anatomique, aucune tendance évolutive qui puisse favoriser l'occlusion de l'orifice de sortie d'une hernie.

Bien plus, la disposition réciproque des ligaments tendus au-dessus du squelette, la présence des vaisseaux fémoraux, s'opposent au rapprochement artificiel des bords de l'orifice. Si nous prenons la peine d'insister sur cette vérité, c'est qu'il est surprenant de la voir méconnaître par plusieurs auteurs allemands, qui, dans beaucoup d'opérations de cure radicale, notent comme temps opératoire important la *suture de l'anneau crural*. La suture de l'anneau fibreux accidentel propre aux hernies crurales, soit : cela s'entend et se comprend; mais la suture de l'anneau crural, c'est impossible.

L'orifice que franchissent les hernies *ombilicales* est encore un orifice fibreux sans épaisseur et sans trajet. Chez l'adulte, la tendance à une occlusion de l'anneau herniaire ne se rencontre pas plus qu'au niveau de la région crurale. Abandonné à lui-même, l'orifice aponévrotique ne peut que se laisser distendre de plus en plus par l'accroissement naturel de la hernie. En revanche, et ceci distingue nettement l'évolution des hernies ombilicales de celle des hernies crurales, nous avons à tenir compte des phénomènes importants qui se passent à ce niveau lors de la chute du cordon et dans les temps qui suivent. Une fois le cordon détaché, le rôle de l'orifice ombilical est terminé, et, sous l'influence d'un processus maintenant bien connu, il se ferme d'une manière défini-

tive (1). Si l'existence d'une hernie congénitale vient mettre obstacle à la réalisation du phénomène, si même la production d'une hernie dite de l'enfance vient détruire le travail d'atrésie déjà commencé ou presque achevé, la tendance au resserrement persiste. C'est là le point capital à retenir. Pour peu qu'on favorise la contention et la réduction des viscères, la coarctation se produira et donnera la guérison de la hernie. Il va sans dire que nous ne faisons pas allusion aux exomphales congénitales volumineuses ; presque toujours mortelles, elles passent, dans les cas exceptionnels où elles guérissent, par une série de phases anatomo-pathologiques dans la description desquelles nous ne saurions entrer. Quant aux hernies de l'enfance, leur marche naturelle est bien nettement la tendance à la guérison. On comprend enfin que cette tendance, très active à son début, diminuera dans la suite et finira même par ne plus exister au bout d'un certain nombre d'années. Tous les chirurgiens savent que les guérisons spontanées deviennent d'autant moins faciles qu'on s'éloigne davantage des premiers temps de la vie.

Le *canal inguinal*, dernier orifice de sortie qu'il nous reste à étudier, est remarquable à un triple point de vue : fibreux comme l'anneau ombilical et l'anneau crural, destiné comme l'anneau ombilical à devenir le théâtre de phénomènes évolutifs importants, il présente en outre le double caractère de livrer passage chez l'homme, aux éléments constitutifs du cordon, chez la femme, au ligament rond, et d'être, dans les deux sexes, non plus un

(1) Dans l'espèce porcine et dans l'espèce canine où, chez les jeunes sujets, les hernies ombilicales sont fréquentes et abandonnées à elles-mêmes, la guérison spontanée est la règle.

simple orifice, mais un véritable *canal* obliquement creusé dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Envisagées dans leurs relations avec la migration du testicule, les modifications évolutives du canal inguinal n'ont certainement pas la netteté de celles qui appartiennent à l'anneau ombilical : ici point de resserrement aponévrotique très accusé ; le travail d'occlusion revient tout entier au canal péritonéo-vaginal, les parois mêmes du canal inguinal n'y prennent part qu'indirectement. Il faut cependant reconnaître que le mode de développement du canal joue sans doute un rôle important, puisque c'est grâce à ce développement que le trajet inguinal cesse d'être orifice pour devenir canal. On sait en effet que chez le fœtus, avant le septième mois, le trajet inguinal est rectiligne et les deux orifices qui le terminent sont exactement situés l'un en face de l'autre ; « ce n'est que plus tard par suite du développement du bassin et de l'écartement des os iliaques qu'il prend cette obliquité qu'il conservera désormais » (Richet).

En d'autres termes, le canal inguinal est d'autant plus infranchissable qu'il se développe davantage. Ajoutons que, durant l'enfance et la jeunesse, le canal tout entier présente une tendance naturelle au rapprochement de ses parois. Dilatées temporairement par le passage des viscères herniés, les parois du canal ne demandent pour ainsi dire qu'à revenir sur elles-mêmes, sans laisser subsister d'autre espace que celui strictement exigé par la présence du cordon chez l'homme et du ligament rond chez la femme ; ainsi, nous trouvons encore dans la constitution anatomique de l'orifice herniaire des conditions favorables à la guérison de la hernie, pourvu qu'elle soit congénitale, petite, récente et produite durant la seconde

et surtout durant la première enfance. Quant à la forme de l'orifice, elle nous donne un autre élément de succès : creusé obliquement au travers des parois abdominales, le canal inguinal devient accessible à la compression directe ; celle-ci aura pour effet le rapprochement face à face des parois du conduit, elle en effacera la lumière, tandis qu'au niveau des orifices ombilical ou crural elle ne peut aboutir qu'à une oblitération passive et sans grande action sur les bords mêmes de l'orifice.

Le sac offre à son tour un certain nombre de particularités dignes de nous arrêter. Notons d'abord ce fait important que, dans tous les cas, le sac se présente comme un diverticulum de la séreuse péritonéale. Qu'il soit ou non congénital, qu'il soit préformé, qu'il soit constitué par le glissement ou la distension du feuillet pariétal, ou bien, ce qui est probablement la règle (Berger, Duplay), par l'association de ces deux processus, le sac n'est jamais qu'une dépendance directe du péritoine : il en partage donc les propriétés anatomiques et les susceptibilités morbides.

Comme toutes les séreuses, ses parois présenteront à un haut degré le pouvoir adhésif que la plupart des procédés de cure radicale cherchent à utiliser ; en revanche, nous les verrons facilement communiquer au péritoine les lésions inflammatoires nées ou provoquées à leur surface. Mais, en dehors de ces propriétés favorables ou dangereuses suivant les cas, trouverons-nous du côté du sac herniaire des dispositions favorables à la guérison ? Peut-il réaliser spontanément l'un des temps de la cure radicale, se fermer ou disparaître ? C'est ici qu'il importe de distinguer nettement le sac des hernies congénitales

de celui des autres hernies. En effet, dans le premier cas, il y a tendance naturelle à la disparition ou à l'occlusion ; dans le deuxième cas, au contraire, rien de semblable. Le développement normal ne peut nous servir et si, par exception, nous assistons à la disparition de la cavité herniaire, ce sera toujours grâce à l'intervention de causes accidentelles ou provoquées.

La tendance naturelle à la disparition caractérise le conduit péritonéo-vaginal ; son oblitération est un fait normal et lorsqu'elle vient à faire défaut sous l'influence d'un arrêt de développement définitif, ou mieux encore lorsque cet arrêt n'est qu'un simple retard, on comprend bien qu'il soit possible de voir se réveiller le processus en vertu duquel toute communication doit disparaître entre le péritoine et la tunique vaginale. Malheureusement, cette évolution normale, qui réalise si bien l'une des conditions de la cure radicale, ne s'observe que pour le conduit péritonéo-vaginal, et la hernie inguinale congénitale peut seule en bénéficier. Dans toutes les autres variétés de hernies rien de semblable ne se produit, et le sac aura surtout pour tendance de s'accroître avec la hernie qu'il enveloppe.

Le sac est cependant susceptible d'un certain nombre de transformations généralement provoquées, mais parfois aussi spontanées. Nous voulons surtout parler de la rétraction lente du collet et consécutivement du sac lui-même. Ces phénomènes, d'abord étudiés par J. Cloquet, Demeaux et Roustan, sont maintenant classiques. Les organes déplacés provoquent généralement dans les régions qu'ils traversent des lésions irritatives et phlegmasiques, dont la résultante est l'organisation d'un tissu

fibreuse accidentel. Dans les hernies, ce travail phlegmasique se localise plus particulièrement au niveau du collet du sac, provoquant à sa face interne ces tractus, ces épaisissements connus sous le nom de stigmates de J. Cloquet, et déterminant à la périphérie l'hypervascularisation du tissu lamineux, sa transformation fibreuse et sa rétraction.

M. Gosselin fait, à bon droit, remarquer que ces diverses transformations reconnaissent pour cause majeure l'irritation déterminée par la pression des bandages; mais il est juste de reconnaître avec M. Duplay qu'il faut aussi tenir compte de « l'influence si manifeste que le déplacement pathologique d'un organe exerce sur la transformation du tissu celluleux en tissu fibreux et dont on trouve des preuves dans l'histoire des luxations traumatiques ou spontanées, des fractures avec déplacement, des anévrysmes, des tumeurs et d'autres lésions pathologiques des plus variées ». On sait que ce phénomène est une des conditions pathogéniques premières des kystes désignés en 1865 par M. Duplay sous le nom de kystes ou de pseudo-kystes sacculaires, suivant que la communication avec le péritoine est ou non complètement interceptée. Mais le seul fait que nous voulions relever ici, c'est la possibilité d'une rétraction lente du collet du sac pouvant aboutir à l'oblitération, et venant ainsi créer un obstacle tout au moins temporaire à l'issue des viscères.

Une modification d'un autre ordre doit être notée, c'est la production d'un lipome herniaire. Cette disposition a été tour à tour invoquée pour expliquer le mode de production ou la guérison spontanée des hernies. Il est diffi-

cile de se prononcer nettement pour l'une ou l'autre de ces opinions et les faits actuellement connus semblent établir qu'une part de vérité se trouve des deux côtés. En ce qui regarde la dernière opinion, les faits relatés par M. Bernutz en 1846 ont paru probants à beaucoup d'auteurs, et Broca, en particulier, n'hésite pas à admettre que le lipome herniaire soit « un procédé de guérison des hernies ». Ambroise Paré, le premier promoteur de cette idée, pensait que le lipome refoulait la hernie. M. Bernutz croit, au contraire, que la graisse vient simplement occuper la place laissée vide par le retrait du sac. Quoi qu'il en soit, il y aurait là un mode de guérison des hernies, et, malgré le caractère très indéterminé de sa valeur réelle, nous devons le signaler.

Pour en finir avec les circonstances susceptibles de déterminer par une modification du sac la guérison d'une hernie, nous citerons avec Malgaigne et M. Le Dentu les faits suivants : « Par suite du développement de l'utérus en gestation ou d'une tumeur abdominale quelconque, il peut arriver que la portion du péritoine repoussée au dehors sous forme de sac reprenne sa situation primitive; si la hernie est récente, et qu'il n'y ait pas de stigmates, le collet se déplisse et la séreuse s'étale sans difficulté; s'il y a des stigmates, le déplissement peut encore se faire, mais à condition qu'ils ne soient pas trop résistants; un large cercle d'apparence et de structure fibreuse entoure alors, après la réduction du sac, toute la portion de séreuse qui en faisait primitivement partie. Si les stigmates résistent au déplacement, ou bien la réduction est incomplète, ou bien les vestiges de l'ancien collet sont accusés par des brides saillantes, gardant dans certains points

leurs dispositions radiées. Le décubitus dorsal longtemps prolongé, l'apparition d'une hernie secondaire, peuvent également amener la réduction spontanée du sac. Ces guérisons spontanées sont-elles durables? Rien n'est moins prouvé. Souvent, en effet, la maladie récidive si la cause qui en a provoqué la guérison vient à disparaître.

Nous pourrions en multiplier les exemples. En voici du moins un des plus nets. M. Paul Reclus vient d'observer, à la Pitié, un homme de 45 ans, entré à l'hôpital pour une volumineuse hydrocèle, qui distendait la vaginale gauche; tout le scrotum était envahi, et l'extrémité supérieure de la tumeur s'appliquait étroitement sur l'orifice du trajet inguinal. La ponction est pratiquée et 600 grammes de liquide s'écoulent. Au bout de trois semaines, lorsque le malade guéri quittait le service, une énorme hernie scrotale s'était formée, qui descendait jusqu'au testicule, et, pour la maintenir, il fallut appliquer un vigoureux bandage. M. Reclus apprit alors qu'il avait existé autrefois une hernie du même côté peu à peu réduite et contenue par l'hydrocèle, mais qui avait reparu dès que le scrotum était redevenu libre par l'évacuation de l'épanchement séreux.

Il nous reste à dire quelques mots des viscères herniés. On sait qu'à l'exception du pancréas et des reins, on a trouvé dans les sacs herniaires tous les organes abdominaux : l'épiploon, l'intestin grêle, l'S iliaque, le côlon transverse, le cæcum et son appendice, les ovaires et les trompes, la vessie, l'utérus, l'estomac, le foie, le duodénum. Ces variétés ne sauraient nous occuper, et la nature même de ce travail nous conduit à envisager surtout les hernies communes, intestinales, épiploïques

ou entéro-épiploïques. Est-il besoin de le dire, ce n'est pas de ce côté qu'il nous faut chercher des conditions naturelles de guérison.

Une fois la hernie produite, les viscères déplacés n'ont aucune tendance à rentrer d'eux-mêmes, bien au contraire. Si quelque chose pouvait, comme le dit Vidal (de Cassis), remonter le ressort des liens qui attachent dans l'abdomen les parties herniées, la situation serait différente, mais ce quelque chose ne saurait exister. Nous pourrions, il est vrai, signaler ici les cas d'épiplocèles dans lesquelles des adhérences définitives ferment le passage à l'intestin. Mais ce serait nous éloigner par trop des faits inhérents à la cure spontanée des hernies; du reste ces guérisons des épiplocèles ne sont que temporaires, et dans la plupart des cas on voit une nouvelle hernie se produire en refoulant en bas le sac adhérent à l'épiploon.

Ces quelques généralités montrent ce que l'on peut attendre de la hernie elle-même au point de vue de sa guérison spontanée.

Dans la hernie *crurale*, conditions défavorables à tous les âges.

Dans la hernie *ombilicale*, conditions favorables au début de la vie, défavorables ensuite.

Dans la hernie *inguinale*, l'évolution normale du canal péritonéo-vaginal s'est montrée favorable dans le cas particulier des hernies congénitales, mais hors de là nous n'avons pu compter que sur la forme même du canal inguinal. Encore, cette dernière condition est-elle forcément éphémère; l'évolution de la hernie a bien vite raison de l'obliquité du canal, son axe se redresse, les deux

orifices se correspondent et le trajet inguinal n'est plus qu'un anneau tout aussi rebelle à l'oblitération que l'anneau crural.

Enfin nous avons signalé un certain nombre de phénomènes propres au collet du *sac* et susceptibles de le rétrécir ou de l'oblitérer.

Les éléments de guérison sont donc peu nombreux, peu encourageants, d'autant que la guérison d'une hernie ne saurait être durable par le seul fait que le collet de son sac vient, par exemple, à s'oblitérer. Si l'anneau fibreux reste béant, la hernie peut être contenue, mais elle ne peut être guérie.

Pour compléter ces généralités, il nous faut dire ce que le hernieux lui-même peut donner à l'œuvre de guérison. On sait l'influence que l'âge, les professions, l'hérédité, la taille, la constitution, la forme du ventre, exercent sur la production des hernies. C'est à Malgaigne que revient l'honneur d'avoir mis tous ces points en lumière. Or il est bien évident que les conditions de curabilité d'une hernie varient beaucoup suivant qu'on se trouve en présence d'une hernie de l'enfance, d'une hernie de la jeunesse ou d'une hernie de l'âge mûr et de la vieillesse. Les premières sont les hernies congénitales, leur physiologie pathologique est spéciale. Les secondes s'observent de dix à trente-cinq ans, ce sont les hernies de force; la cause est brutale, mais les tissus ont conservé leur tonicité et ne demandent qu'à venir en aide aux efforts tentés pour la guérison. Les dernières, hernies de faiblesse, sévissent après trente-cinq ans, et les conditions défavorables dans lesquelles elles se trouvent au point de vue de la guérison se passent de commentaires.

La forme du ventre n'est-elle pas à son tour une condition dont il faille tenir compte? Malgaigne nous a appris que le ventre des hernieux se présentait sous trois formes bien distinctes: les uns sont plats, les autres bombés, d'autres enfin présentent la configuration décrite par Malgaigne sous le nom de ventre à triple saillie. Comment compter sur la guérison chez les hernieux de cette catégorie? L'effort le plus minime suffit à déplacer leurs viscères, et si d'abord ils n'ont qu'une simple hernie, ils ne sauraient pour ainsi dire échapper à la hernie secondaire ou consécutive; c'est chez eux qu'on peut, sans crainte d'erreur, avancer qu'une hernie en appelle une autre.

Divers états pathologiques tout à fait indépendants de la hernie ont aussi leur rôle: « Les maladies dans lesquelles les efforts sont accrus ou rendus plus fréquents, celles où la miction, la défécation, sont rendues plus pénibles, où la respiration ne s'effectue qu'avec peine, où la toux communique au contenu de l'abdomen de fréquentes secousses, » toutes celles qui débilitent l'économie, affaiblissent la résistance des tissus fibreux et musculaires, ont, on le conçoit, une influence des plus fâcheuses. On voit donc que le hernieux lui-même doit compter pour beaucoup par son âge, sa constitution, son état de santé, lorsqu'il s'agit d'évaluer les chances de guérison dans un cas donné de hernie.

Nous connaissons maintenant dans leurs principaux détails les conditions générales et locales favorables ou défavorables à la cure radicale des hernies; nous savons que les faits de guérison spontanée proprement dite sont trop rares pour qu'on en puisse tenir compte; ils sont, en

tout cas, spéciaux aux hernies congénitales des très jeunes enfants, et, chez l'adulte, on peut affirmer qu'une hernie ne guérit jamais spontanément.

Mais les diverses circonstances que nous avons passées en revue ne sont pas les seules qui puissent imprimer tel ou tel caractère au pronostic. Celui-ci dépend en outre du volume de la hernie, de sa coercibilité, de sa réductibilité. Bien plus, dès qu'une hernie existe, il n'y a pas seulement infirmité plus ou moins douloureuse, il y a danger et même danger de mort, puisque des complications diverses peuvent éclater; puisque d'un jour à l'autre la hernie peut s'étrangler. Les statistiques de Malgaigne ont même démontré que la population des hernieux disparaît quatre fois plus vite que la population ordinaire, qu'après soixante-quinze ans il meurt sept fois plus de vieillards hernieux que d'autres. Ces considérations légitiment les tentatives multipliées qui ont été faites de tous temps pour améliorer un tel état de choses, pour arriver à contenir exactement les hernies ou même pour les guérir radicalement.

Après avoir passé par bien des phases, le traitement des hernies et de leurs complications est devenu l'un des chapitres les plus importants et les mieux connus de la thérapeutique chirurgicale, on peut même dire que les progrès actuels de l'orthopédie permettent au chirurgien d'obtenir des résultats voisins de la perfection toutes les fois qu'il s'attaque au mal en temps opportun et qu'il se borne à rechercher la contention permanente des viscères déplacés.

Autant il est légitime, grâce aux moyens actuels, de prétendre à une contention parfaite, autant il serait osé, selon nous, de prétendre à la cure radicale. Mais ce serait

anticiper sur les conclusions mêmes de ce travail que de vouloir nous prononcer dès maintenant sur la valeur des différentes méthodes conseillées pour l'obtenir.

I

De la cure radicale des hernies par les bandages.

Contenir les hernies par des bandages, est une idée qui est venue aux chirurgiens de toutes les époques; mais les premiers bandages ou brayers étaient d'une simplicité telle que leur rôle, dans les cas les plus favorables, se bornait à soulager momentanément les malades. De là les débauches opératoires auxquelles se livrèrent les chirurgiens et les empiriques jusqu'au xviii^e siècle.

Nous avons dit comment les bandages se perfectionnèrent peu à peu. Déjà Avicenne, au x^e siècle, avait inventé la pelote plate. Constantin, au xi^e siècle, y ajouta la pelote supportée par un écusson métallique qu'il avait probablement emprunté aux Arabes. Gordon, au xiii^e siècle, se servait d'un brayer à cercle métallique, et les chirurgiens du xv^e siècle, Arculanus, Barthélemy de Montegnana, Mathieu de Gradi, Marcus Gateneria, armés des bandages métalliques, délaissaient presque complètement les opérations sanglantes.

Fabrice d'Acquapendente, Fabrice de Hilden, Franco et A. Paré, tous les chirurgiens du xvi^e et du xvii^e siècle, usèrent fréquemment des bandages métalliques. Sans doute ces divers chirurgiens, en combinant leurs ban-