

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-

dages avec le repos prolongé et persévérant, avec les topiques, avec les pelotes astringentes, avaient des succès et obtenaient même quelquefois la cure radicale. Témoin ce membre de la dynastie des Norsini qui, de par les succès des bandages, en fut réduit à vingt castrations par année au lieu de deux cents.

Sans doute ils avaient obtenu des cures radicales chez les enfants et ils savaient que cet âge a « vertu restaurative puissante »; mais trop souvent ils n'avaient que des insuccès, et même les plus modérés étaient, après une longue attente, obligés de recourir à l'opération sanglante. Cependant, à la fin du xvii^e siècle, entre 1660 et 1680, avec Nicolas Lequin et « ce charlatan de Blegny », comme dit Dionis, apparut le bandage élastique et rapidement il fut perfectionné.

Les nouveaux bandages, en vertu même de leur élasticité, se prêtaient aux mouvements des malades et permettaient la contention facile, indolente et permanente des hernies. Les chirurgiens comme J.-L. Petit, Louis, Garengéot, Le Dran, Richter, Lawrence, Scarpa, et l'Académie royale de chirurgie, proscrivirent les opérations de cure radicale, et désormais il ne fut presque plus question des opérations sanglantes, des opérateurs ambulants et des châteurs. La doctrine était assise.

Depuis, grâce aux modifications successives apportées soit à la forme soit à la fabrication des appareils de contention, l'art du bandagiste a fait des progrès incessants. De leur côté, les chirurgiens ont mis à profit ces divers perfectionnements d'ordre industriel; le plus souvent même, ils les ont inspirés en se guidant sur les indications fournies par l'observation clinique. Bref, et l'on

ne saurait trop rappeler le rôle de Malgaigne en cette circonstance, les chirurgiens se sont peu à peu décidés à donner toute leur attention à cette branche de l'art, trop longtemps abandonnée aux fabricants. Aujourd'hui la contention des hernies par les bandages constitue certainement le meilleur de tous les moyens dont la chirurgie dispose pour traiter ce genre de maladie.

Les bandages actuels sont très variés dans leurs formes, leurs dimensions et leur matière. Les principaux sont : le bandage français, dont le ressort, contourné en spirale vers son extrémité terminale, sur ses faces et sur ses bords, fait partie de la ceinture; le bandage anglais, qui se compose de deux pelotes fixées aux deux extrémités d'un ressort d'acier, non plus contourné en spirale comme celui du bandage français, mais représentant une portion d'ellipse; le bandage dit franc-comtois, dont le ressort est placé dans la pelote même sans faire partie de la ceinture; le bandage à pression rigide de Dupré formé d'un arc rigide antérieur sur lequel viennent s'attacher les pelotes ou la pelote suivant qu'il est simple ou double; le bandage de Bourgeaud, dans la construction duquel le caoutchouc entre seul sous la forme de lanières pour la ceinture, et de petites poires pour les pelotes; mais tous ceux faits de la même substance présentent un certain nombre d'inconvénients mis en lumière par Malgaigne; ils ne sont que fort exceptionnellement indiqués.

Les pelotes varient nécessairement avec le volume et la variété de la hernie qu'elles sont destinées à contenir : petites ou plus volumineuses, convexes ou concaves; il en est de rondes, d'oblongues, d'ovales, de triangu-

laïres, d'échancrées sur un de leurs bords ou de leurs angles, en bec-de-corbin, etc.

On sait du reste combien les moyens de contention doivent varier suivant l'âge des sujets. Dans la hernie ombilicale, par exemple, le bandage de Dolbeau à ceinture cylindrique convient très bien aux adultes, alors que chez les enfants une simple boulette de coton, maintenue par une bandelette de diachylon (Trousseau, Gosselin), remplit beaucoup mieux les indications que tout autre moyen.

En ce qui concerne la pelote elle-même, elle est en général composée d'une certaine quantité de crin ou de laine recouverte de peau ou de cuir et soutenue, du côté de la face externe, par une plaque de métal. Suivant le cas particulier, il est préférable d'employer des pelotes plus ou moins dures, plus ou moins élastiques. Ainsi, dans les hernies ombilicales, M. Léon Le Fort a souvent remplacé avec avantage la pelote ordinaire par une plaque en aluminium appliquée directement sur la peau sans intermédiaire et maintenue par une ceinture élastique; mais, quelle que soit la pelote, il est maintenant bien acquis que sa constitution doit être seulement en rapport avec le rôle purement mécanique qu'elle est appelée à remplir.

Le temps n'est plus aux pelotes dites médicamenteuses et aux innombrables dérivés de l'emplâtre *contra rupturam*. L'un des topiques qui a le plus longtemps survécu est l'extrait d'écorce de chêne fait avec du vin fort; Boyer admettait encore que sous l'influence astringente de ce liquide les guérisons étaient plus rapides; mais la décoction d'écorce de chêne ne saurait survivre à ses aînées.

Outre les inconvénients divers tels que furoncles et érysipèles dont Boyer les accusait tout en les acceptant, il est évident, M. Gosselin le dit expressément, que les topiques astringents ne peuvent en aucune manière faire resserrer le tissu fibreux et fibro-celluleux des anneaux et que, dans les cas où ils paraissent réussir, il faut l'attribuer à la compression permanente bien faite et convenablement surveillée.

Les divers bandages que nous venons d'énumérer répondent à peu près à toutes les indications que le chirurgien doit remplir dans la contention des hernies. Quels sont les meilleurs bandages à employer dans tel ou tel cas particulier? Comment, quand et combien de temps faut-il les appliquer?

La solution de ces différentes questions exige de longs détails et se prête mal aux généralités. Outre les différences profondes qui séparent chaque variété de hernies, suivant leur siège, leur volume, suivant l'époque de la vie où elles sont observées, ne faut-il pas tenir compte des modalités diverses de leur symptomatologie et des indications fournies par le malade lui-même? Comment comparer la conduite à suivre dans les hernies communes et dans les hernies exceptionnelles, dans les hernies de l'enfance et dans celles de l'âge adulte? Comment établir un parallèle entre la contention des hernies réductibles et celle des hernies irréductibles? Les règles de l'application des bandages dans les hernies congénitales compliquées d'ectopie testiculaire, le temps si variable pendant lequel on est parfois en droit de temporiser pour attendre la migration du testicule, la détermination des cas dans lesquels on est autorisé à refouler par

la pelote, et l'intestin et le testicule, toutes ces considérations délicates ne forment-elles pas la substance de l'un des plus importants chapitres de la thérapeutique herniaire ?

Bref, sous peine de confusion, il est impossible de traiter ensemble ces différentes questions dont nous voulons seulement rappeler l'importance. Les étudier plus en détail nous écarterait des limites de ce travail consacré à la cure dite radicale et non pas au traitement général des hernies. Nous nous contenterons donc de résumer avec M. le professeur Gosselin les conditions générales que tout bandage doit présenter pour bien contenir une hernie :

1° Il faut d'abord que la hernie soit bien réduite avant l'application du bandage ;

2° Il faut que le bandage soit bien placé, c'est-à-dire que la pelote soit mise exactement sur l'ouverture *et sur le trajet* herniaire. Les pelotes dures, suivant la remarque de Malgaigne, conviennent mieux pour comprimer le canal, les pelotes molles pour les hernies directes ;

3° Il faut que la pelote, après avoir été bien placée, reste en place pendant tout le temps que doit durer la contention, que surtout elle ne glisse pas de bas en haut comme cela a lieu si souvent ;

4° Il faut que la pelote exerce une pression suffisante pour résister à l'impulsion des viscères ;

5° Il faut que le malade puisse supporter la pression dont nous venons de parler et, pour cela, qu'il n'existe pas trop de sensibilité de la région, que la peau ne devienne pas érythémateuse.

Lorsque ces diverses conditions sont réalisées pendant

un temps suffisamment long, les bandages peuvent donner la cure radicale des hernies. Démontrer la réalité de cette assertion, et déterminer les conditions dans lesquelles ce précieux résultat peut être obtenu, tel est, on le conçoit, notre but principal.

La possibilité d'obtenir la cure radicale à l'aide de la compression, dans certains cas déterminés, n'est plus à prouver. Camper, Richter, Fournier (de Lempdes), A. Cooper, Sabatier et beaucoup d'autres chirurgiens l'admettaient et basaient leur manière de voir sur des faits concluants. Les succès indiscutables de Ravin et Desplats peuvent aussi être mis au compte de la guérison par les bandages. On n'ignore pas en effet que ces deux chirurgiens ne manquaient pas de combiner à l'influence du repos celle d'une *compression* prolongée et bien faite. Mais si le fait de la guérison par les bandages est admis depuis longtemps, c'est aux observateurs plus récents que nous devons la connaissance des conditions qui la permettent et la réalisent.

« Lorsqu'une hernie, nous dit M. Gosselin, est bien contenue pendant le jour par un bandage, et que la nuit on garde l'appareil, ou bien, lorsque le bandage étant ôté la position horizontale suffit pour empêcher la descente de s'opérer, la hernie peut disparaître définitivement, surtout chez les enfants, mais aussi chez les jeunes gens et même les adultes. »

Quel est le mécanisme de cette guérison ?

Chez les enfants, nous l'avons dit avec tous les détails nécessaires, l'évolution naturelle des orifices par où s'engagent les intestins nous vient en aide et constitue l'élément essentiel de la guérison. Cela est tellement vrai,

que la cure radicale chez les enfants s'observe alors même que l'application des appareils est plus ou moins vicieuse. Il ne faudrait certes pas en inférer que l'observance rigoureuse des règles d'application des bandages peut être négligée chez les enfants, ou même que les hernies dites congénitales guérissent quand même lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes; ce serait une erreur grossière que de vouloir généraliser ainsi les enseignements de quelques faits particuliers; ce que nous voulons simplement répéter avec Malgaigne, M. Gosselin, M. Le Dentu et tous les auteurs qui traitent des hernies, c'est que les hernies de la plus jeune enfance ont une tendance naturelle à la guérison. On s'explique donc comment la contention bien faite peut amener la guérison des hernies chez les enfants.

Chez les adultes, le mécanisme de la guérison par les bandages est différent. La disparition des hernies sous l'influence des bandages s'opère de deux façons (Gosselin) :

A. Par la rentrée avec l'intestin et l'épiploon du sac lui-même ;

B. Par la réduction des viscères herniés, le sac restant à l'extérieur et subissant des modifications variables.

A. La guérison par *réduction du sac* présente deux variétés :

1° Le sac se réduit, puis s'efface, par le déplissement de son collet. Ceci ne peut s'observer que dans les hernies récentes.

2° Le sac se réduit, mais son collet est inextensible; il ne s'efface pas. L'histoire de l'étranglement interne montre les dangers de cette disposition.

B. La guérison par réduction des viscères avec persistance du sac à l'extérieur s'opère en vertu d'un certain nombre de modifications inhérentes au sac lui-même. Ce sont :

1° Le rétrécissement du collet du sac par la formation des *stigmates* de J. Cloquet.

2° L'*adhésion* des parois du trajet et du sac herniaire. — Ce résultat s'observe surtout dans les hernies inguinales lorsque l'application du bandage succède immédiatement à la réduction d'une hernie étranglée ou enflammée, à la condition toutefois que le canal inguinal n'ait pas été redressé et dilaté avec excès.

Dans ces conditions, la compression du bandage met immédiatement à profit les lésions de la péritonite adhésive préexistante. Malgaigne a rapporté deux exemples de ce mode de guérison. Il s'agissait d'une hernie inguinale enflammée soumise à l'action des bandages aussitôt après la réduction des viscères. L'autopsie pratiquée plusieurs années plus tard démontra l'adhésion des surfaces séreuses; notons cependant que la coalescence n'était pas absolue. Il restait entre les brides cellulaires un certain nombre d'aréoles, vestiges de l'ancien sac. « Mais, ajoute Malgaigne, songez que c'était un vieillard; il était donc admirable d'avoir obtenu ce résultat. »

L'autre fait, relaté par Malgaigne, est moins concluant sans doute, mais il a sa valeur. « J'ai guéri, dit-il, un petit malade, quand je remplaçais M. Richerand à l'hôpital Saint-Louis; l'étranglement, chez ce petit bonhomme, ne me paraissait pas pur; je ne l'opérai pas, je réduisis la hernie et j'appliquai un bandage. Huit jours après, soumettant le sujet à toutes les investigations pos-

sibles, il ne se produisait plus de hernie, pas même une pointe. Je revis le malade cinq ans après, il n'y avait pas trace de récidive. »

3° *Le développement du tissu adipeux* — soit sous la forme du *lipome herniaire*, soit encore dans le cas particulier des hernies inguinales sous la forme d'un bourrelet graisseux développé le long des parois du trajet inguinal. C'est Ambroise Paré qui a signalé le premier cette dernière disposition. Il en avait reconnu l'existence en faisant l'autopsie du « prêtre de Saint-André-des-Arts, M. Jean Moret, épistolier, c'est-à-dire chantant l'épître au dimanche, lequel avait une hargne intestinale complète ». Depuis lors, quelques faits sont venus démontrer la réalité de ce mode de guérison, fort exceptionnel du reste. Nous lisons, en effet, ce qui suit dans la thèse de M. Brilland : « M. Th. Anger, prosecteur des hôpitaux, m'a montré quatre cas dans lesquels je vis manifestement un petit bourrelet adipeux qui s'était développé au pourtour de l'orifice interne du canal inguinal chez des hernieux qui avaient porté un bandage, et il était facile de voir que ce bourrelet s'opposait à la sortie des intestins. »

En ce qui regarde le lipome herniaire proprement dit, il est évident que son action, si tant est qu'elle existe, doit se borner à mettre un obstacle plus ou moins réel à l'augmentation de volume d'une hernie. Mais la production d'un lipome herniaire ne peut certainement pas guérir radicalement une hernie.

4° *L'adhérence* plus ou moins intime de l'épiploon aux parois du collet du sac. Cette dernière circonstance est spéciale aux épiplocèles irréductibles.

Il est donc plusieurs manières d'arriver à la guérison

par les bandages. Mais lorsqu'on y regarde de près, on voit que les chances de cure vraiment radicale restent minimales. L'occlusion du collet du sac, alors même qu'on la suppose définitive peut simplement donner l'assurance que l'ancien sac ne sera plus habité, mais rien ne prouve qu'une hernie nouvelle ne se reproduira pas au-dessus ou à côté de l'ancien sac. Pour que la guérison soit définitive, il faut que le rétrécissement suffisant des anneaux s'ajoute à l'oblitération du collet et, mieux encore, à celle du sac tout entier. Nous nous sommes expliqué sur ce point; cette double condition se réalise très rarement.

Ces réserves sont d'autant plus légitimes, que bien des cas de hernies considérées comme guéries par les bandages ne le sont en réalité que pour un temps plus ou moins long. Les modifications diverses provoquées ou favorisées par l'appareil compressif n'ont souvent qu'une existence temporaire; puis vient un jour où les viscères triomphent à nouveau des obstacles insuffisants que les tissus opposent à leur sortie. Pour s'en convaincre, il suffit d'analyser les faits que notre ami et maître M. Paul Berger a bien voulu nous communiquer (V. tableau H).

On y voit que bien des guérisons offrant toutes les conditions de certitude désirable, puisqu'elles se maintiennent durant des années, ne sont en réalité que des guérisons temporaires. La disposition anatomique, que l'on croit modifiée au point de ne plus exister, persiste en réalité d'une manière plus ou moins complète, et au bout de sept, de dix, de vingt ans ou davantage on voit la hernie réapparaître. Ces faits montrent bien les

réserves extrêmes dont il faut s'entourer lorsqu'on désire la disparition d'une hernie du nom de cure radicale.

Quoi qu'il en soit, et malgré toutes ces restrictions, on doit admettre la possibilité de la cure radicale par les bandages sous l'influence de l'un des mécanismes que nous avons signalés. Il va de soi que les chances de la voir se réaliser varient surtout avec l'âge du sujet, les dimensions de la hernie et son siège.

Chez les enfants, elle est fréquente; de 13 à 35 ans, on l'observe encore, mais à mesure qu'on se rapproche de cette dernière époque de la vie, les cas de cure radicale deviennent de plus en plus rares. Cependant, M. Le Fort nous disait récemment qu'il possédait des exemples authentiques d'hommes de cet âge qui, atteints de pointes de hernies, se sont radicalement guéris par l'usage des bandages. Ajoutons que la guérison radicale chez les adultes exige la perfection aussi bien dans la confection des bandages que dans l'observation rigoureuse des règles relatives au mode et à la durée de leur application. C'est dire implicitement que les rares succès dont nous parlons se rencontrent surtout dans la pratique des classes aisées.

Au delà de 35 ans, la cure radicale des hernies par les bandages est un rêve qu'il est inutile de poursuivre. C'est la période des hernies de faiblesse, et la constitution même du hernieux vient se joindre à la hernie elle-même pour mettre obstacle à toute guérison définitive. Ces considérations tirées de l'âge ne sont évidemment pas absolues; les jeunes sujets ne sont pas plus à l'abri des hernies de faiblesse que les sujets âgés, des hernies de force. En d'autres termes, et comme le dit

encore Malgaigne, il y a des hommes qui sont jeunes et vigoureux à 50 ans, comme il y en a qui sont usés à 30, et ceux-ci ne sauraient obtenir une cure radicale, que les autres pourraient à la rigueur espérer.

Les dimensions de la hernie ont à leur tour une influence qui s'explique d'elle-même, et l'on comprend que les hernies petites et récentes soient seules justiciables de la cure radicale par les bandages. Quant au siège de la hernie, on sait qu'il modifie du tout au tout les chances de succès, comme aussi les conditions à remplir pour l'obtenir. Ces conditions si importantes à bien connaître, nous les résumerons en les empruntant aux leçons de M. le professeur Gosselin.

Dans les hernies inguinales il faut :

1° Que la hernie soit interstitielle ou inguino-pubienne ou, si elle est inguino-scrotale, qu'elle soit peu volumineuse, et que les anneaux et le canal ne soient pas très dilatés;

2° Que le bandage s'adapte bien et ne se déplace pas dans les mouvements; cette condition serait encore mieux remplie si le sujet restait tout à fait au lit;

3° Que le chirurgien en surveille lui-même l'emploi, pendant les premiers jours surtout;

4° Que le malade ne fasse que les efforts physiologiques, et encore avec beaucoup de précaution;

5° Enfin, que le bandage soit gardé jour et nuit. Le temps au bout duquel on obtiendrait ainsi la guérison, varie entre quelques mois et trois ou quatre ans.

Dans les hernies ombilicales, il faut, autant que faire se peut, se placer dans des conditions analogues et tenir compte, dans le choix des appareils et dans la sévérité de

la surveillance qu'on doit exercer, de l'âge de l'enfant. On sait qu'on doit agir un peu différemment suivant que l'enfant est ou non à la mamelle. Souvent le port d'un appareil doit être conseillé pendant trois ou quatre années. Chez les adultes, on n'a pas à compter sur la cure radicale.

Dans les hernies crurales, enfin, les difficultés d'une contention exacte sont pour ainsi dire insurmontables, et Malgaigne a pu dire : « Ce serait folie de vouloir les guérir par un bandage. »

Si nous joignons aux indications précédentes ce que nous savons sur le traitement général des hernies par les bandages, si nous envisageons en un mot les résultats qu'ils donnent dans le traitement curatif et palliatif de cette maladie, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° *Les bandages peuvent guérir radicalement les hernies dans certaines conditions déterminées.*

2° *Dans le plus grand nombre des cas, le traitement par les bandages n'est que palliatif; mais il est d'une efficacité telle que l'on peut dire sans hésitation qu'une hernie bien contenue est pour ainsi dire une hernie guérie.*

3° *Dans les cas de hernie incoercible ou réductible, les bandages et les divers moyens de soutien ou de protection dont nous disposons, donnent encore de bons résultats en s'opposant à l'accroissement du mal et en réduisant au minimum les inconvénients qui en dépendent.*

Il est donc naturel de voir nos livres classiques défendre cette idée que le traitement palliatif des hernies est le seul qu'on doive mettre en usage dans la grande majorité des cas. Cette assertion est-elle trop absolue? Le moment est-il venu d'admettre comme rationnelle l'inter-

vention de manœuvres plus hardies? Dans une mesure restreinte et dans des conditions parfaitement déterminées, nous le croyons et nous chercherons à le démontrer.

Actuellement nous nous contentons de rappeler qu'il est des cas où l'application des bandages est inefficace, difficile ou même impossible. Si peu nombreux qu'en soient les exemples, ils existent; nous les trouvons dans l'histoire des hernies douloureuses, incoercibles ou irréductibles, et l'on ne peut nier qu'il faille apporter un correctif à la troisième des conclusions que nous énoncions plus haut.

Enfin, dans l'appréciation générale des divers moyens qui conviennent au traitement des hernies, il faut certainement tenir compte du rang social de son malade. Invoquer une pareille considération à propos d'une détermination chirurgicale, voilà de quoi provoquer les récriminations de quelques utopistes! Peu nous importe. Boinet l'écrivait, il y a plusieurs années : « Les classes laborieuses et peu aisées ne trouvent souvent dans l'application des bandages qu'une ressource précaire et insuffisante qui n'est propre qu'à leur inspirer une sécurité dangereuse, et qui trop souvent provoque directement les accidents qu'elle est appelée à prévenir. »

La réflexion est juste; peut-être même l'a-t-on mise trop souvent en avant pour excuser des tentatives chirurgicales regrettables, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle contient une part réelle de vérité, et si nous pensons qu'il faille parfois modifier sa conduite suivant la condition sociale de son malade, ce n'est pas seulement parce que l'argent manque pour acheter un bandage bien fabriqué, c'est aussi et surtout parce que le

malade, par métier ou plus souvent par tempérament, ne peut ou ne veut se soumettre aux soins minutieux et délicats que l'usage des bandages exige dans beaucoup de cas. Si le traitement varie, la faute vient donc plus souvent du patient lui-même que de sa condition de fortune. Bref, il y a là un élément dont l'interprétation est délicate, mais dont l'existence est indéniable. Nous en tiendrons compte lorsque, nous adressant aux cas dans lesquels les bandages sont impuissants, nous aurons à discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale à l'aide de l'une ou de l'autre des opérations dont nous allons maintenant commencer l'étude.

III

Méthodes et procédés opératoires conseillés pour la cure radicale des hernies réductibles.

Ces méthodes, dont le but essentiel est d'obtenir l'occlusion anatomique et définitive du trajet, peuvent se ranger en quatre groupes.

Le *premier groupe* comprend les procédés dans lesquels on mortifie les enveloppes de la hernie, par la ligature.

Le *deuxième* comprend les procédés qui cherchent à provoquer dans le trajet herniaire un travail inflammatoire adhésif ou cicatriciel, en s'adressant plus particulièrement soit au sac, soit au tissu cellulaire qui l'entoure, soit aux orifices fibreux.

Le *troisième* comprend les procédés dans lesquels on

combine la provocation d'un travail inflammatoire avec l'oblitération par un bouchon organique.

Le *quatrième* comprend enfin les procédés dans lesquels on ajoute la suture des orifices à leur oblitération par un bouchon organique.

La classification que nous proposons est sans doute passible de quelques objections; mais elle nous a paru réaliser mieux que toute autre l'exposition claire et méthodique des diverses opérations de cure radicale. Voici le tableau général qu'elle nous a permis de dresser.