

jets masculins qui présentent des hernies simples ou multiples sont porteurs de hernies inguinales. D'après la nôtre, sur 122 hernieux âgés de plus de quinze ans, 86 présentaient des hernies inguinales. Sur 132 sujets masculins de tout âge, 96 présentaient des hernies inguinales. De ces chiffres, il résulte que 73 p. 100 environ des sujets masculins qui présentent des hernies simples ou multiples sont porteurs de hernies inguinales. Cette proportion est donc inférieure de 23 p. 100 à celle de Berger.

A l'encontre des résultats de M. Berger, la simple inspection de notre statistique montre l'énorme prédominance de la hernie inguinale simple sur la hernie inguinale double chez l'homme. D'après Berger, chez les sujets masculins de tout âge, le chiffre des hernies est presque double du chiffre des hernieux. Au point de vue de la fréquence des hernies doubles, celle-ci est à la hernie simple dans la relation de 4,34 à 1. Dans notre statistique, au contraire, sur 134 cas de hernies chez l'homme, nous trouvons 94 cas de hernies inguinales simples, 11 cas de hernies inguinales doubles; ainsi, au point de vue de sa fréquence, la hernie inguinale double est à la hernie inguinale simple comme 0,116 est à l'unité. Cette divergence, bien que considérable, a cependant sa raison d'être quand on considère sur quels cas particuliers porte notre dénombrement. Nous ne parlons, nous, que des hernies que nous avons opérées, soit pour étranglement, soit pour cure radicale. Il n'y a pas ici, comme à Paris, une consultation de bandages, et, si les hernies doubles sont si rares dans nos chiffres, cela tient à ce que la hernie double est bien moins sujette aux accidents que la hernie simple. Cependant nous devons avouer que, malgré cela, notre statistique se rapproche beaucoup de celle de Wernher et de Macready, qui, elles-mêmes s'éloignent, comme la nôtre, de celle de Berger.

D'après la statistique de la Société des bandages de Londres, de 1860 à 1867, analysée par Wernher, la proportion des hernies inguinales doubles aux hernies inguinales simples serait comme 0,64 est à 1.

La même proportion fut trouvée par Macready pour les années 1888, 1889 et 1890 : elle est toujours de 0,64 à 1.

Berger donne une explication sérieuse de la prépondérance dans ses chiffres des hernies inguinales doubles sur les hernies inguinales simples, c'est qu'un très grand nombre de hernies inguinales simples, presque toutes celles qui sont de petit volume, restent en dehors de la statistique, les malades ne venant pas consulter pour des hernies de cette catégorie.

Relativement au côté le plus souvent atteint, voici des chiffres :

Wernher donne, pour les hernies droites, 14 888 et, pour les hernies gauches, 8 545. La relation des hernies inguinales droites aux hernies inguinales gauches est donc de 1,74 à 1.

La même proportion est obtenue par Macready. Berger arrive à un résultat un peu inférieur, 993 hernies droites et 677 hernies gauches, soit la relation de 1,46 à 1. Et nous-même avons trouvé 94 à droite, 30 à gauche; soit la relation des hernies inguinales droites aux hernies inguinales gauches de 3 à 1. La conséquence que nous pouvons tirer de la discordance de nos chiffres à nous, c'est que, comme nous ne parlons toujours que des hernies opérées, les accidents herniaires sont plus fréquents à droite, ou que la douleur et la gêne fonctionnelle sont bien moins supportées de ce côté.

Envisageons maintenant les hernies inguinales suivant leur volume, et comparons le *volume* des hernies droites et gauches.

Les statistiques anglaises ne disent rien à ce sujet. Pour Berger, à droite comme à gauche, pour des hernies simples, comme pour les hernies doubles, la fréquence des hernies s'accroît des hernies à l'état de pointe aux hernies interstitielles, de celles-ci aux hernies pubiennes, et elle diminue des hernies pubiennes aux hernies scrotales. De toutes les hernies inguinales, la hernie pubienne est donc la plus commune, mais la hernie scrotale n'est que très peu au-dessous d'elle dans la statistique. Pour nous, au contraire, dans les hernies simples la fréquence s'accroît bien des hernies à l'état de pointe aux hernies interstitielles, mais elle décroît de celles-ci aux hernies pubiennes pour de nouveau s'accroître des hernies pubiennes aux hernies scrotales. Dans les hernies doubles, la pointe de hernie est la moins commune, tandis que les trois autres variétés se présentent avec une fréquence égale. Dans la statistique de Paris, les petites hernies inguinales ne représentent que le 6,1 p. 100 du chiffre des moyennes et des grosses, et dans la nôtre, 43,3 p. 100. Nous avons déjà expliqué que cela tenait à ce que les malades ne consultent pas pour une hernie qui n'est qu'apparente.

D'après nos observations, les hernies inguinales moyennes, celles qui sont dites pubiennes ou encore bubonocèles, ne sont pas les plus fréquentes; ce sont les hernies scrotales, qui l'emportent dans la proportion de 3 à 1. Au contraire, à Paris, cette proportion est comme 0,5 est à l'unité.

Nous trouvons encore, dans nos chiffres, l'égalité de volume à droite et à gauche dans les hernies inguinales doubles. Berger ne trouve cette égalité que dans 42 p. 100. Quand un côté l'emporte, c'est le côté droit, habituellement.

Les considérations précédentes s'adressent aussi aux hernies des adolescents et des enfants.

FRÉQUENCE DES HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES. — Nous avons dit que nous entendions sous ce nom celles qui étaient dues à la persistance de la totalité ou d'une partie du canal vagino-péritonéal.

Les hernies vaginales testiculaires, celles dans lesquelles la hernie descend jusqu'au fond de la vaginale, sont bien moins nombreuses que

les hernies funiculaires, c'est-à-dire celles qui s'arrêtent au sommet du testicule, et nous maintenons ce fait à l'encontre de Berger, qui établit la relation inverse. C'est que Berger n'admet pas que la hernie oblique externe, qui ne profite pas de la persistance en *totalité* du canal vagino-péritonéal, soit une hernie congénitale; il suffit de s'entendre et de s'en rapporter à notre définition.

La prédominance du côté droit pour la hernie congénitale est indéniable. Chez l'enfant, cette hernie s'accompagne souvent d'ectopie complète du testicule, dont la migration peut n'être que retardée, incomplète, et qui pourra s'achever plus tard. Chez l'adulte on constate souvent l'arrêt du testicule à l'anneau ou à son voisinage.

Chez la femme, la hernie inguinale est, par rapport aux autres hernies, dans la proportion de 43 p. 100 et, d'après notre statistique, dans celle de 14,1 p. 100 seulement. La hernie inguinale double est moitié moins fréquente chez la femme que la hernie inguinale simple; dans les statistiques de Wernher et de Macready, elle n'est même que de 34 p. 100.

Toutes les statistiques donnent une légère prédominance pour la hernie inguinale droite; il nous a semblé qu'elle était sensiblement aussi fréquente d'un côté que de l'autre.

La bubonocèle, ou hernie pubienne, semble plus fréquente; cela est vrai, dans nos statistiques, pour le côté gauche; mais, à droite, nous avons rencontré plus souvent la hernie de la grande lèvre.

Ces hernies sont presque toujours des hernies congénitales, liées à la persistance du canal de Nück.

Symptômes et diagnostic. — La hernie inguinale forme une tumeur molle, souple, réductible le plus souvent, subissant une impulsion par la toux et les efforts; elle est en général sonore; elle suit le trajet du cordon, et se dirige, par l'anneau inguinal externe, soit dans les bourses, soit dans les grandes lèvres. Elle détermine de la gêne, quelquefois des douleurs, des coliques, des troubles digestifs.

Il n'est pas toujours très facile de la reconnaître.

Ainsi, 1° chez les *petits enfants*, elle ne peut ne se montrer que par intervalles et seulement à l'occasion des cris. Si elle descend en dehors de l'anneau, et jusque dans les bourses, elle ressemble à une hydrocèle du canal vagino-péritonéal, et souvent elle coexiste avec celle-ci. De sorte que, si même on avait reconnu l'existence formelle de l'hydrocèle, à sa transparence, à ses caractères de tumeur liquide fluctuante et réductible, il ne faudrait pas éliminer la hernie, qui peut apparaître au moment où elle est le moins attendue, et qui a devant elle tout ce qu'il faut pour se produire. Chez les enfants, on peut voir une variété de hernie, qui est la hernie funiculo-péritonéale; le testicule est au-dessous du sac et bien séparé de lui. Le canal vagino-péritonéal s'est cloisonné et oblitéré entre les deux. Cette variété de hernie peut être confondue avec les kystes du cordon, qui ont d'ail-

leurs la même pathogénie et résultent d'une nouvelle oblitération de la portion funiculaire du canal vagino-péritonéal à sa partie supérieure. Mais ces kystes diffèrent de la hernie en ce qu'ils sont irréductibles, quoique leur mobilité puisse être assez considérable; on peut, en effet, les faire passer des bourses dans le canal inguinal, mais ils ne disparaissent pas, et conservent à la pression leur rénitence spéciale.

Quand il y a ectopie testiculaire, il faut ne pas prendre le testicule pour la hernie; et réciproquement, car la hernie coexiste souvent avec l'ectopie de la glande génitale. Et si l'ectopie est bilatérale chez le nouveau-né, la hernie l'accompagne le plus souvent. C'est même un signe, la présence d'une hernie inguinale double, qui, en cas d'atrophie ou de vice de développement des organes génitaux externes, peut faire faire le véritable diagnostic du sexe, souvent difficile, et permettre de ne pas ranger dans le sexe féminin des hypospades mâles.

2° Chez l'*adulte*, il convient de distinguer la hernie des autres affections similaires, d'en reconnaître le siège, le degré, la variété, et de préciser la nature de son contenu.

L'hydrocèle congénitale, le varicocèle, le lipome et le kyste du cordon, le testicule ectopie peuvent être pris pour des hernies. Mais l'hydrocèle congénitale, si elle est réductible, est transparente; le varicocèle volumineux, s'il peut donner la même sensation d'irrégularité que l'épiploon hernié, a une consistance moindre; il est vrai qu'il gonfle dans les efforts, et que, sous l'influence de la toux, il peut présenter le phénomène d'une véritable impulsion, comme nous l'avons constaté; mais cela est rare; c'est encore avec une hernie de l'épiploon que pourra être confondu le lipome du cordon, mais ce dernier est irréductible, et, pour qu'une épiplocèle soit devenue irréductible, il faut qu'elle ait été précédée d'une série de poussées inflammatoires dont on trouverait la trace dans les anamnétiques. Nous avons déjà dit comment le kyste du cordon et l'ectopie testiculaire pouvaient simuler une hernie.

Si, pour reconnaître une hernie inguinale, il suffit de faire pénétrer le doigt dans le canal inguinal et de sentir l'impulsion produite par la hernie sous l'influence d'un effort, il est peut-être aussi banal de distinguer le degré de la hernie; une hernie scrotale, une hernie funiculaire, une bubonocèle se définissent et se dénoncent elles-mêmes. La pointe de hernie est un peu plus difficile à reconnaître: si la toux produit une saillie au milieu du pli de l'aîne, mais au-dessus de la ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, et qu'en ce point il y ait une douleur habituelle et qu'on y perçoive une impulsion ou un gargouillement, alors le diagnostic s'impose; un peu plus développée dans ses signes objectifs et subjectifs, c'est la hernie interstitielle qui s'est produite. Mais il serait peut-être présomptueux d'aller plus loin dans le diagnostic de ces différences, et d'affirmer, par exemple, qu'une hernie passe en dedans ou en dehors

des vaisseaux épigastriques, qu'en un mot, elle est directe ou oblique; on n'oubliera pas d'ailleurs que la hernie directe est relativement rare, et, sous le nom de hernie oblique, on désigne, il faut se le rappeler, non pas une hernie qui dans son ensemble est oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans (car sous ce rapport beaucoup de hernies ne sont plus obliques, elles traversent directement, dans le sens antéro-postérieur, la paroi abdominale, l'orifice postérieur du canal inguinal s'étant mis en face de l'orifice antérieur par son élargissement progressif), mais bien une hernie qui s'est faite au début en dehors des vaisseaux épigastriques, et cela, dans les cas de grosses hernies, ne peut s'affirmer que *de visu*.

Une hernie est-elle congénitale ou acquise? Nous n'admettons guère comme hernies acquises que les hernies de faiblesse, les hernies des vieillards, des gens amaigris, aux parois abdominales atrophiées et se laissant distendre en besace, ou dans chaque flanc. Les autres hernies, qui apparaissent brusquement sous l'influence d'un effort, grosses d'emblée, moniliformes, obliques, sont des hernies congénitales qui ont trouvé devant elles un sac préformé. Elles sont encore plus sûrement congénitales si elles ont existé dans l'enfance, si elles arrivent jusqu'au contact direct du testicule, ou si celui-ci est en ectopie.

Quant à la nature des organes contenus, nous avons dit comment on reconnaît l'intestin de l'épiploon, l'intestin grêle du gros intestin, qui est souvent irréductible. Nous avons énuméré aussi les signes distinctifs de la hernie du cæcum, qui se fait le plus souvent à droite, et de l'S iliaque, qui descend à gauche. Nous dirons comment les organes génitaux internes de la femme et la vessie peuvent être reconnus.

Est-il nécessaire, enfin, de rappeler que les hernies que nous avons appelées rares, la hernie inguino-interstitielle congénitale et la hernie propéritonéale, n'ont été reconnues qu'au moment de l'opération réclamée par les accidents qu'elles déterminaient? que la première a pour caractères l'absence du testicule, l'occlusion de l'anneau inguinal externe et la présence d'une tumeur au-dessus du ligament de Poupert, qui remonte dans la paroi, et que la seconde se reconnaît aux deux poches communicantes dont elle est composée, et dont l'une est située dans l'intérieur du ventre?

Complications. — La complication la plus fréquente est l'*étranglement*. L'agent de l'étranglement est le collet du sac dans les hernies acquises, et l'orifice supérieur du canal vagino-péritonéal dans les hernies congénitales; c'est donc par conséquent très haut à la partie supérieure, initiale, de la hernie qu'il faut faire porter le débridement. Il faut cependant savoir que les diaphragmes et les valvules que l'on observe sur le trajet du canal vagino-péritonéal peuvent aussi deve-

nir des agents d'étranglement. Mais, en supposant qu'on constate la réalité de cet étranglement, il faut, même, après avoir levé l'obstacle, s'assurer qu'il n'y en a pas un autre tout en haut, à l'orifice supérieur du canal inguinal. C'est d'ailleurs en cet endroit que siège encore l'obstacle dans la hernie interstitielle étranglée, et aussi dans les hernies propéritonéales où s'opère le raccord des deux poches.

On comprend, d'après le schéma que nous avons donné de la hernie enkystée, que, en dehors de ce point précis et du resserrement placé en face de l'anneau inguinal externe, l'étranglement puisse encore s'opérer au point rétréci qui est intermédiaire aux poches funiculaire et scrotale emboîtées l'une dans l'autre.

Diagnostic. — Le diagnostic d'une hernie étranglée est assez délicat chez l'enfant, parce que, d'un côté, le testicule peut être en migration incomplète et en ectopie, et qu'on peut confondre une hernie étranglée avec lui, parce que, d'un autre côté, les vomissements et les troubles gastro-intestinaux plus ou moins analogues à ceux de l'étranglement herniaire sont loin d'être rares. Nous avons vu un enfant atteint de cette complication et chez qui le signe dominant était l'impossibilité d'uriner. Le père, un médecin, le croyait atteint de rétention d'urine. Je pus réduire la hernie, en l'étirant le long du canal inguinal, comme pour la faire descendre, et en la refoulant ensuite, pendant que le sac et le cordon étaient maintenus en bas.

Chez l'adulte, la hernie étranglée ne peut être confondue avec les affections du cordon, kystes, abcès, phlébite, avec lesquels on a l'habitude d'établir un diagnostic. Seule la hernie étranglée, gangrenée ou perforée, et donnant un abcès du sac qui se porte aux couches ambiantes pourrait prêter à cette confusion. On ne confond pas non plus une hernie contusionnée et devenue irréductible de ce fait, avec un étranglement, et précisément j'ai rencontré des cas de ce genre, où l'intestin, contenu dans une hernie ordinaire, était directement sous les téguments, ayant rompu son sac, gonflé, distendu, et sanguinolent. En tout cas, dans le doute au sujet de l'existence d'un étranglement, il vaut mieux ne pas s'abstenir et opérer, car beaucoup de hernies inguinales étranglées évoluent sans fracas, sans retentissement sur l'état général, d'une façon insidieuse.

Le testicule en ectopie peut souvent donner des accidents de pseudo-étranglement, soit qu'il soit serré, soit qu'il se torde, soit qu'il s'enflamme: on a vu des orchites blennorrhagiques se faire sur ces testicules en ectopie et amener la mort par péritonite de voisinage. En tout cas, dans ces faits, les accidents occasionnés par le testicule sont absolument ceux de l'étranglement herniaire, et si une hernie coexiste avec ce vice de conformation, on voit que le diagnostic de la cause initiale des accidents est bien difficile, même impossible. Le traitement est d'ailleurs le même; il faut intervenir pour

descendre et fixer le testicule en sa bonne place si c'est possible, et mettre à l'abri d'accidents ultérieurs de même nature.

D'autres complications peuvent résulter de l'inflammation de l'épiploon, de péritonites herniaires, de la formation de brides et de volvulus, de perforations, de la descente des corps étrangers qui amènent de l'obstruction, de néoplasmes. Nous renvoyons aux généralités, pour les développements qui se rapportent à toutes ces particularités.

Une véritable complication, enfin, résulte de l'incoercibilité des grosses hernies anciennes. Aucun bandage n'est toléré, ou du moins n'est capable de maintenir; la hernie s'échappe par un orifice énorme, qui est souvent bilatéral. Simple ou double, cette hernie emplit le scrotum et descend jusqu'à mi-cuisse ou même plus bas. La verge disparaît, les relations conjugales sont impossibles. La hernie est, en effet, irréductible, l'intestin grêle, le gros intestin, l'épiploon, la vessie, tout est descendu, et le gros intestin y reste constamment maintenu par les adhérences charnues naturelles. Ces hernies s'accompagnent souvent d'excoriations du scrotum ou d'éruptions diverses; j'ai vu l'une d'elles être la cause d'une vaste ulcération qui fit craindre un instant que le sac ne s'ouvrit. Aux troubles digestifs habituels, aux douleurs continues, s'ajoutent encore, dans cette variété herniaire, les dangers des froissements et des contusions.

Traitement. — De tout temps, l'on s'est efforcé de guérir *radicalement* la hernie inguinale; on s'est adressé d'abord aux topiques, aux astringents, aux caustiques, car on redoutait la lésion du cordon chez l'homme par les méthodes sanglantes. Cependant, au xvr^e siècle, des opérateurs spéciaux, qui s'appelaient « herniers », pratiquaient, de propos délibéré, l'ablation du testicule et du cordon, et, entre leurs mains, la guérison d'une hernie équivalait à la castration. Des protestations surgirent de tous côtés, et les chirurgiens s'ingénièrent à perfectionner les bandages, et à trouver des opérations qui, tout en supprimant la hernie, conservaient le testicule. C'est surtout au xviii^e siècle, que les bandages prennent une large extension, et, comme ils paraissent répondre aux besoins des malades, les opérations sanglantes sont délaissées par les chirurgiens. Cependant des tentatives isolées furent faites, et, lors de l'avènement des méthodes antiseptiques, les procédés opératoires surgirent de tous côtés.

La première tentative fut faite par Steele en Angleterre, en 1873, et suivie de celle de Schede, Nussbaum, Socin, Czerny. En France, J. Lucas Championnière soutient, pour la cure radicale de la hernie inguinale, une lutte très vive. Un de ses contradicteurs, à la Société de chirurgie, estimait que celui qui faisait ces opérations était passible de la cour d'assises.

Cependant l'opération fut acceptée, et alors il ne s'agit plus que de savoir dans quels cas elle devait être pratiquée. Trélat disait qu'on

doit opérer une hernie inguinale quand *elle n'est pas complètement, facilement et habituellement réductible et maintenue par un bandage*, son opinion fut acceptée par ses contemporains.

Mais la cure radicale doit avoir un champ beaucoup plus étendu, elle doit s'appliquer à tous les cas de hernies inguinales, même les plus simples, parce qu'elle met les hernieux dans l'état d'un individu normalement conformé.

Il faut, pour cela, qu'elle soit bénigne et efficace. L'asepsie et l'antisepsie assurent la bénignité; quant à l'efficacité, elle a été réalisée par les innombrables études qu'a inspirées la cure radicale de la hernie inguinale. Une foule de méthodes ont été imaginées, les unes sont les méthodes sanglantes, agissant à ciel ouvert, les autres utilisent les injections ou des manœuvres qui se passent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous avons surtout en vue, ici, les méthodes du bistouri. Il en est de deux ordres: les unes, *méthodes directes*, s'adressent de front à la hernie en la mettant à découvert; les autres, avec Lawson Tait (*Association médicale britannique*, 1897), passent par l'intérieur de l'abdomen et méritent le nom de *méthodes indirectes*.

(a) MÉTHODES DIRECTES. — Une longue incision est faite le long du grand axe de la hernie; elle doit dépasser, en haut, le point présumé où siège l'orifice supérieur de la hernie; il est inutile qu'elle descende, en bas, jusqu'à la partie inférieure de celle-ci. Les vaisseaux sont pincés, on trouve parmi eux l'artère que nous avons appelée l'épigastrique externe. On arrive jusqu'au sac herniaire après avoir sectionné toutes les couches interposées.

Une première question se pose: faut-il libérer le sac? faut-il le laisser en place? Cela dépend de la nature de la hernie et aussi de la manière de voir des chirurgiens. D'ailleurs une foule de procédés se rattache à chacun de ces *modus agendi*.

Voyons d'abord les *méthodes qui libèrent le sac*.

Le but est de débarrasser le canal inguinal du feuillet séreux qui le tapisse; beaucoup de chirurgiens pensent que la cure radicale n'est possible qu'à cette condition. Mais, surtout dans les hernies congénitales, il faut compter avec les éléments du cordon qui sont intimement unis à ce sac, et l'on a vu des dissections de la séreuse herniaire s'accompagner de lésions de ce côté et compromettre la vitalité du testicule, si bien que Kraske a pu dire que, dans le cas de hernie congénitale, il n'y a qu'une façon d'opérer, c'est de pratiquer la castration. Bergmann ajoute qu'il ne faut même pas laisser un passage pour le cordon. Mieux vaut alors ne pas opérer, et faire porter aux hernieux un bandage. Il n'y a qu'un cas où cette pratique serait de mise; c'est lorsque le testicule est atrophié, et, par suite, inutile, qu'il est douloureux, ou atteint de néoplasme. Mais en présence

d'un testicule sain, la majorité des chirurgiens font tout pour le conserver, et poussent leurs manœuvres de libération du sac aussi loin que possible du côté du collet. Chez la femme, cette dissection est inutile à la rigueur, parce qu'on peut supprimer sans inconvénient le cordon auquel il adhère.

Quoi qu'il en soit, le sac une fois libéré, qu'il s'agisse d'une hernie congénitale ou acquise, il est traité de différentes façons : les uns l'excisent, d'autres le conservent et l'utilisent.

§ I^{er}. MÉTHODES DE LIBÉRATION DU SAC AVEC EXCISION. — Habituellement, après l'excision du sac, les chirurgiens recherchent la réunion par première intention et la fermeture de la plaie aussi rapide que possible. Il en est d'autres, au contraire, qui, trouvant que la cicatrice est plus solide si elle se fait par seconde intention et par bourgeonnement, s'efforcent d'empêcher la réunion immédiate. Théophile Anger (1) faisait suppurer la plaie. Toute différente est la pratique de Mac Burney, le véritable promoteur de la réunion « *per secundam* ».

Le sac étant extirpé aussi haut que possible, il rapproche le tendon conjoint de l'arcade de Fallope, et se préoccupe de maintenir la plaie ouverte; la lèvre inférieure de la peau est fixée à l'arcade crurale, la lèvre supérieure au tendon conjoint; entre les deux lèvres, est un espace d'environ 1/8 de pouce, destiné à recevoir une mèche de gaze iodoformée. Cette mèche permet le bourgeonnement de la plaie de la profondeur, et empêche qu'il soit trop rapide.

Markoë (2) modifie un peu le mode de suture des lèvres de la plaie : le fil les traverse à un demi-pouce de leur bord, pénètre à travers les plans musculo-aponévrotiques, et revient d'arrière en avant, en perforant la peau sur la surface de laquelle il est noué. Trois fils semblables sont nécessaires pour chaque lèvre. Un tampon de gaze est interposé de la même manière que dans le procédé de Mac Burney.

Cette méthode américaine est loin d'être admise, bien que, comme je l'ai éprouvé moi-même pour une volumineuse hernie du cæcum très radicalement guérie par la méthode *per secundam*, elle puisse donner d'excellents résultats.

La plupart des chirurgiens recherchent la cicatrisation « *per primam* ». Mais alors, on les voit, ces opérateurs, se comporter vis-à-vis du canal inguinal, une fois le sac libéré, ou pour mieux libérer celui-ci, de façon différente : les uns ne touchant ses parois que pour y passer des fils, les autres sectionnant la paroi antérieure ou même aussi la paroi postérieure. De là deux variétés de procédés.

Procédés qui respectent le canal. — Au début de la cure radicale, on se contentait, une fois le sac découvert et libéré, de le lier. Avant,

(1) T. ANGER, *Soc. de chir.*, 1887.

(2) MARKOË, *New-York surgical Society*, 1888.

on s'assurait, en l'ouvrant, de l'état de son contenu, pour le réduire s'il existait, puis on l'excisait, tantôt au niveau de l'anneau superficiel, tantôt plus ou moins haut dans le canal inguinal. Ainsi faisait Daniel Mollière à l'aide d'un tube de caoutchouc qu'il maintenait serré par un morceau de plomb écrasé. D'autres faisaient la simple suture circulaire, ou bien la transfixion du sac avec un fil double dont chaque moitié était traitée suivant le principe de la ligature en chaîne.

Mitchell Banks (1), après ces manœuvres, rapproche les piliers de l'anneau superficiel par deux ou trois sutures, laissées en place, mais il ne se préoccupe pas encore des parois du canal inguinal.

Félizet (2) emploie, pour disséquer le sac dans les hernies congénitales, un ballon de caoutchouc en forme de poire, qui peut être insufflé. Ce ballon replié est introduit dans une boutonnière faite au sac, la petite extrémité étant dirigée en haut. Dans l'intérieur du sac herniaire, le ballon distendu fait une « tumeur » sur laquelle le sac s'étale et devient facile à disséquer. Le même auteur fait encore la suture des piliers, estimant toutefois, comme ses devanciers, que le temps capital est la suppression du sac.

Certains chirurgiens ont essayé de boucher l'orifice profond du canal inguinal avec le sac, avec de l'épiploon, avec un morceau de gaze iodoformée (von Winiwarter). D'autres, comme Reverdin, font des incisions longitudinales sur les bords des piliers pour en faciliter le rapprochement; quelques-uns avivent les bords de l'anneau superficiel pour faciliter ses adhérences et son oblitération. Landerer, enfin, fait passer et fixe le pilier inférieur en dedans de l'orifice inguinal externe.

Procédés qui sectionnent le canal. — Ces procédés sont employés pour faciliter la dissection du sac et sa libération jusqu'au niveau de l'infundibulum, et éviter ainsi une récurrence.

Lucas Championnière (3) recommande l'incision du canal pour pouvoir mieux traiter le sac. Sa méthode se compose des temps suivants : découverte du sac, découverte du trajet herniaire, découverte du point rétréci par où passe la hernie. Le canal doit être fendu sur toute sa hauteur; pour cela, il l'incise entre deux pinces spéciales, qui saisissent toute l'épaisseur de la paroi au devant du cordon. Le sac est cherché sous la fibreuse du cordon, dégagé, ouvert. L'intestin est réduit, l'épiploon est réséqué entre des sutures en chaîne, après avoir été attiré au dehors, de façon qu'il ne vienne pas buter plus tard contre la cicatrice herniaire. On peut prolonger l'incision au delà de l'anneau profond pour pouvoir mieux agir sur le contenu. Puis la dissection du sac est soigneusement faite; elle

(1) MITCHELL BANKS, *Britisch. med. Journ.*, 1893.

(2) FELIZET, Cure radicale des hernies, principalement chez les enfants, 1891.

(3) LUCAS CHAMPIONNIÈRE, Traité sur la cure radicale des hernies, 1892.