

des anneaux qui se confondent ; on s'est alors ingénié à suppléer les parois abdominales par des emprunts de tissus organiques, faits soit à l'individu lui-même soit à une espèce animale.

*Lucas Championnière* commence la fermeture par des sutures profondes, puis il fait un tampon avec la peau. La peau d'un côté de la plaie est enroulée trois fois, après avivement de sa surface. Par-dessus passe, comme une voûte, la peau du côté opposé.

*Trendelenburg* fait l'occlusion avec des plaques d'os décalcifié. Une fois, il s'est servi d'un fragment d'une tête humérale réséquée, qui se résorba. *Kraske* se sert d'un lambeau ostéo-périostique emprunté à l'épine du pubis et à son voisinage. *Thiriar* a employé des plaques d'os décalcifié de 3 à 5 centimètres de longueur sur autant de largeur et 8 à 12 millimètres d'épaisseur. Cette plaque d'os doit être exactement appliquée contre le péritoine, qu'elle repousse ; elle est maintenue en place par des sutures, qui rapprochent les piliers et les bords de l'éventration. Les dimensions de la plaque doivent être supérieures à celles de l'anneau. Bien entendu, cette greffe se résorbe, laissant à sa place un tissu fibreux résistant. *Schwartz* interpose une masse musculaire. Il dissèque de haut en bas un lambeau du grand droit antérieur, comprenant le 1/3 ou la moitié de son épaisseur, d'une largeur de 4 à 5 centimètres et adhérent en bas. On l'insinue derrière la partie interne de l'anneau inguinal, et on le suture à l'arcade crurale.

*Poulet* (1), après la dissection de la hernie et de son contenu, met à découvert la bandelette aponévrotique qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur. Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse, qui est sectionnée à 3 ou 4 centimètres au-dessous de son insertion pubienne. A sa face profonde est conservée toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Celui-ci est dénudé sur une longueur de 2 centimètres, et transversalement de la symphyse à l'épine. Ce lambeau est relevé contre l'orifice externe du canal inguinal et insinué sous le cordon. Les bords en sont suturés aux piliers. Quant à l'extrémité libre, elle est divisée en 2 ou 3 chefs, que l'on passe de dedans en dehors à travers les bords de l'orifice, comme on le ferait avec de petites courroies rabattues en avant.

Enfin nous avons vu que *Phelps*, dans les hernies volumineuses à parois effondrées, renforçait la cicatrice en interposant entre les couches musculaires des anses de fil d'argent. Nous-mêmes, nous faisons nos sutures du canal inguinal au fil de soie, qui contribue pour sa part au renforcement de la cicatrice.

§ V. — MÉTHODES POUR LES HERNIES AVEC ECTOPIE DU TESTICULE. — Il faut distinguer suivant qu'on a affaire à l'ectopie inguinale, la plus fréquente, dans laquelle le testicule se trouve logé dans un

(1) POULLET, *Arch. prov. de chir.*, 1894.

point quelconque du canal inguinal, et à l'ectopie abdominale ou cryptorchidie (1).

Faut-il enlever le testicule ou le conserver ? *Kraske* le sacrifie pour peu que la dissection du sac soit difficile ; d'autres pensent de même, mais à condition que l'organe soit atrophié et inutile. Ainsi *Thiriar* (2) l'enlève pour mettre à l'abri des néoplasmes testiculaires auxquels expose la simple ectopie.

Cependant il ne faut pas méconnaître que le testicule, même en ectopie, a une véritable influence morale, et que, pour être nul au point de vue de la reproduction, il n'a pas moins une action sur le développement viril. C'est pour ces raisons que d'autres pensent qu'il faut tout faire pour le conserver, et le mettre à sa place au fond des bourses. Pour cela il faut d'abord le mobiliser et le séparer des adhérences d'ancienne péritonite localisée qui l'ont retenue dans sa migration, puis le fixer en sa nouvelle place, c'est-à-dire faire l'orchidopexie.

La dissection qui mobilise le testicule doit ne pas blesser les éléments du cordon pour ne pas compromettre la vitalité du testicule. Des tractions sont alors exercées sur celui-ci, au fur et à mesure qu'il est libéré de ses adhérences. Une place lui est faite dans le scrotum, dont le fond est parfois bouché par une membrane, qu'il faut perforer.

Alors il est nécessaire de le fixer. Des fils de soie ou de catgut perforent tout le scrotum ou simplement son derme, et vont, d'autre part, traverser le testicule, soit dans son parenchyme, soit dans son enveloppe, soit dans son repli séreux. Pour maintenir plus sûrement le testicule en place et éviter la rétraction consécutive, on a conseillé de faire des sutures du cordon au trajet inguinal (*Monod* et *Richelot*) ou aux piliers. *Watson-Cheyne* (3) établit une traction mécanique permanente avec une sorte de cadre en fil de fer qui, fixé au tronc, supporte au-dessous du scrotum une barre transversale à laquelle on vient attacher les deux bouts d'une anse de catgut passée au travers des éléments du cordon et ramenée par le scrotum. Guidé par cette idée, *Tuffier* passe un fil de caoutchouc dans un point de la vaginale, lui fait traverser le scrotum et le fixe au genou de l'enfant. Mais *Lucas Championnière* fait remarquer, avec juste raison, que si les attaches testiculaires sont fortes, et qu'un fort tiraillement ait été nécessaire pour faire la descente, rien n'empêchera l'organe de remonter, et que, dans ces conditions, il vaut autant faire la castration d'emblée que d'y arriver secondairement ; d'ailleurs, toujours d'après le même auteur, on peut faire une masse artificielle dans les bourses par une greffe, une prothèse ou le peloton-

(1) BESANÇON, thèse de Paris, 1892.

(2) THIRIAR, *Assoc. pour l'avancement des sciences*. Toulouse, 1887.

(3) CHEYNE, *Brit. med. Journ.*, 1890.



nement du tissu cellulaire, et donner au malade l'illusion d'un vrai testicule. Lucas Championnière a pu deux fois réussir l'orchidopexie dans une ectopie abdominale, qui est toujours plus difficile à opérer que l'ectopie inguinale.

§ VI. — MÉTHODES ABDOMINALES ET INDIRECTES. — Jusqu'ici l'intervention a eu pour siège la région de la hernie, lors même que le volume de celle-ci ou le procédé opératoire adopté a pu exiger le prolongement de l'incision au-dessus d'elle et une véritable hernio-laparotomie.

Or Lawson Tait a proposé de faire l'incision qui doit aboutir à la cure radicale, non plus sur la tumeur herniaire, mais bien sur le milieu du ventre, c'est-à-dire une véritable laparotomie; c'est ce que ce chirurgien appelle le traitement de la hernie par section abdominale.

Avant lui, *Annandale* (1) avait signalé le fait d'une hernie inguinale étranglée réduite en bloc, et qui fut traitée par la laparotomie médiane, et avait appelé l'attention, à ce propos, sur la possibilité d'attirer la hernie par dedans. En 1883, *Tait* (2) conclut que la cure radicale de toutes les hernies autres que l'ombilicale sera faite par la section abdominale, et que l'on se servira de cette voie même pour traiter la hernie étranglée. Cette seconde proposition est soutenue aussi par *Keetley* (3), qui préconise une seconde incision sur la ligne blanche pour faire rentrer l'intestin en l'attirant dans le ventre, et *Fenwick* (4) la met en pratique. La laparotomie médiane semble être acceptée, sinon pratiquée en pareil cas, par Ward, Maunsell, Harry, Lupton. En proposant cette méthode, qui a été discutée à l'Association médicale britannique, en 1891, Tait a en vue de ne point augmenter l'ouverture qui laisse passer la hernie, et de faciliter les manœuvres qui aboutissent à la cure radicale; il a eu à l'appliquer souvent en opérant des tumeurs de l'ovaire. Après la laparotomie, il recherche la hernie inguinale, réduit son contenu par des tractions lentes et continues s'il y a des adhérences; l'épiploon détaché doit être examiné avec soin, et son hémostase bien faite. Si les adhérences étaient trop fortes, il faudrait faire en outre l'incision sur le sac herniaire directement, mais ne pas la prolonger en haut jusqu'à l'anneau profond. Par des manœuvres combinées de refoulement et de traction, on arriverait à réduire le contenu. Puis, pour fermer l'orifice herniaire, deux aiguilles sont introduites de dehors en dedans, entraînant les deux bouts d'un même fil de crin de Florence; l'externe s'engage à travers le pilier externe, l'interne à travers le pilier interne. Les aiguilles sont retirées par le ventre et le fil reste en dedans; on place autant de sutures qu'il est nécessaire pour bien fermer la hernie. Il faut remarquer que Lawson Tait n'a jamais employé ce procédé que

(1) ANNANDALE, *Soc. méd. chirurg. d'Édimbourg*, 1878.

(2) TAIT, *Brit. medic. Journ.*, 1883.

(3) KEETLEY, *West London medico-chirurg. Society*, 1883.

(4) FENWICK, *The Lancet*, 1885.

chez des femmes, et qu'il n'a pas eu à se préoccuper du cordon. D'ailleurs, c'étaient des malades qu'il opérât pour autre chose que pour leurs hernies, et celles-ci étaient traitées accidentellement et pour ainsi dire au cours de l'opération qui avait été dirigée contre un autre objet.

Il convient de citer, à propos de ces méthodes indirectes, des incisions qui ont été faites sur le canal inguinal pour traiter des hernies crurales, comme par exemple dans le procédé de Ruggi, dont il sera question dans le chapitre suivant, ou comme dans une opération d'*Annandale* (1), qui, en présence d'une triple hernie, hernie crurale et hernie inguinale double, se servit de la même incision inguinale pour réduire les hernies de cette région, et pour faire servir leurs sacs à l'obturation de l'orifice crural.

Enfin, dans le groupe des méthodes indirectes, nous rangerons encore la méthode des injections péri-herniaires de Luton, celle des *injections sclérogènes de Lannelongue* (2). Celles-ci doivent être faites autour du sac, préalablement vidé de son contenu et comprimé. Elles sont indiquées surtout chez les jeunes sujets pour favoriser le processus de fermeture et de cicatrisation qui se fait souvent spontanément dans le canal vagino-péritonéal ou ses vestiges, mais elles ont aussi donné des résultats satisfaisants chez l'adulte entre les mains de Nimier. Signalons enfin le procédé du séton et celui du pois chiche (*Omer-Chefki*) (3), qui est enfoncé dans des scarifications faites en face de la hernie et de plus en plus par un pansement compressif jusqu'à ce qu'il ait atteint, au bout d'une trentaine de jours, le voisinage du pubis. Pendant ce trajet, il a dû contourner le sac herniaire et les éléments du cordon, et provoquer une véritable cicatrice.

VALEUR COMPARATIVE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES. — Il ne suffit pas de supprimer la hernie, il faut encore détruire les causes qui favoriseraient sa reproduction. Or chez l'homme, une des conditions les plus efficaces pour les récidives, est le cordon qui établit une communication entre le ventre et la paroi abdominale et que l'on ne peut supprimer, sauf le cas d'atrophie testiculaire ou de séparation de l'épididyme et de la glande génitale. Chez la femme, le ligament rond peut être réséqué, et la paroi fermée dans son intégrité. On a cru qu'en déplaçant le cordon, chez l'homme, en le faisant passer dans l'intérieur des muscles droits [*V. Frey* (4)], ou en lui façonnant un trajet dans l'os du pubis [*Frank* (5)], on résoudrait le problème; mais

(1) ANNANDALE, *Edinburgh. med. Journ.*, 1876.

(2) LANNELONGUE, *Acad. de méd. et Gaz. des hôp.*, 1897.

(3) OMER-CHEFKI, *Lyon médical*, 1893.

(4) V. FREY, *Soc. de méd. de Styrie*, février 1893.

(5) FRANK, *Wien. medicin. Wochenschr.*, 1892.



ces moyens ont amené parfois des accidents du côté du testicule et sont loin d'avoir fait leurs preuves, ou en tout cas d'avoir des indications constantes.

C'est qu'en effet les conditions en présence desquelles le chirurgien se trouve sont loin d'être invariables, et qu'il ne saurait exister une méthode unique capable d'assurer le succès. Les manœuvres opératoires ne sauraient, par exemple, être identiques dans les deux cas suivants : les hernies dues à la persistance du canal vagino-péritonéal, à développement brusque, à travers des parois solides et résistantes, les hernies dites *de faiblesse*, où les causes générales font presque davantage que les causes locales. Si, dans le premier cas, on doit arriver à ce résultat que la hernie n'existe plus et qu'elle ne reviendra pas, dans le second, l'opération n'aura que la prétention d'améliorer la situation du malade, elle sera simple et facile. Il est évident encore que le procédé employé ne sera pas le même pour une hernie récente que pour une hernie ancienne, qu'il variera suivant l'état anatomique de la région et de la hernie elle-même.

Quoi qu'il en soit, voyons comment le but de la cure radicale est atteint par les nombreuses opérations que nous avons précédemment décrites, c'est-à-dire comment les conditions propres à la production de la hernie sont supprimées par elles et comment est réalisée une barrière qui s'opposera désormais à l'issue du contenu de l'abdomen.

Supprimer les conditions locales revient à traiter convenablement le sac et son contenu, puis le canal inguinal.

Si quelques chirurgiens (Kendal Franks) refoulent simplement le sac avec son contenu, lorsque cela est possible, la plupart pensent, avec J.-Lucas Championnière, qu'il faut l'ouvrir, le débarrasser de son contenu, et l'exciser aussi haut que possible. On a bien cité des cas où l'excision de l'épiploon venant dans la hernie ou adhérent au sac avait amené des hémorragies [Andererr, Hofmohl, Bull (1)] ou encore de l'inflammation et de la suppuration du moignon épiploïque (Bull), mais ce sont des complications qu'on peut, qu'on doit éviter. Il faut reconnaître aussi que le sac de la hernie congénitale n'est pas facile à disséquer; aussi peut-on ou bien le fermer par des sutures en piqué (Julliard, Terrillon), par la suture du sellier (Goodwin), par des modificateurs de la séreuse (Leonte, Wölfler), ou bien le supprimer plus simplement par notre manœuvre du retournement autour du cordon; mais, dans tous ces procédés, la dissection du sac doit être faite vers le collet, afin que celui-ci puisse être bouché par une suture convenable. Rappelons que cette dissection du sac peut être favorisée par le ballon de caoutchouc introduit dans sa lumière à la façon de Félizet. La fermeture du collet est obtenue par la ligature, la suture ou la torsion. La simple ligature fronce le collet et fait des

(1) BULL, *Annals of Surgery*, 1893.

plis avec des dépressions; on peut la faire croisée, cela n'a pas d'importance. Nous avons vu que Marcy et Czerny préféraient la suture; d'autres, et nous-même l'avons quelquefois pratiquée, appliquent la torsion, qui a pour avantage de supprimer l'infundibulum en l'attirant au-dessous du point qui sera lié; mais ce procédé n'est applicable qu'aux sacs anciens et résistants, et, d'autre part, il expose au sphacèle des points tordus. Rappelons que plusieurs opérateurs utilisent le sac en partie ou en totalité pour renforcer les parois ou les orifices du canal inguinal. Ils forment avec lui comme un tampon qui servira de barrière protectrice contre les récives. C'est au-dessus de l'anneau profond que le placent Barker, O'Hara et Bennett, afin que cet anneau ne soit recouvert que d'une couche péritonéale lisse, à peu près comme Baxter, qui fait un simple épaissement du péritoine au-dessus de l'anneau, et comme Phelps (3<sup>e</sup> manière). Ce tampon peut être aussi placé en travers de l'orifice profond, de façon à jouer le rôle du bandage par rapport à l'orifice superficiel; ainsi font Bishop, Kingscote, qui le rend plan et uni, Mac Ewen et Phelps, qui lui donnent une forme arrondie. Et, pour empêcher que ce tampon puisse repasser dans l'anneau profond sous l'influence de la presse abdominale, Phelps supprime cet orifice et déplace le cordon, qu'il passe dans une incision faite à côté. Tous ces procédés sont fort beaux, mais il nous semble que ces sacs, qui sont liés, plissés, ridés, ne doivent vivre que difficilement, et par suite peuvent produire de l'infection. Pour notre compte, il nous est arrivé souvent, surtout dans le cas de grosses hernies inguinales, d'utiliser le sac à la façon d'un suspensoir passé, de bas en haut et d'arrière en avant, à travers les parois abdominales, après l'avoir invaginé dans le canal jusqu'à l'orifice profond, et parfois nous avons eu de la suppuration. En tout cas, si l'on veut utiliser le sac pour en faire un tampon, on ne le fera que pour des hernies volumineuses. Quant à l'épiploon, il ne doit jamais servir à fermer le trajet de la hernie, parce qu'il servirait d'amorce pour la récive.

Comment faut-il traiter le canal inguinal? Une fois débarrassé du sac, le canal inguinal tend à s'oblitérer spontanément. C'est pour cela que, dans les hernies congénitales, celles dont le sac est long mais peu épais, le temps capital de la cure radicale est toujours l'excision de celui-ci, et l'on peut ensuite se contenter, à la façon de Banks, Czerny et Félizet, de suturer les piliers de l'orifice superficiel sans qu'il soit nécessaire d'en faire l'avivement recommandé par Gross (de Philadelphie). Mais si la hernie est large, il faut fermer l'orifice profond à la façon de Ferrari, Parona, Phelps, ou rétrécir le canal inguinal par des sutures affrontant ses parois (Kendal Franks, Barker, Richelot) ou reconstituer celui-ci avec sa disposition et son obliquité premières (Mac Ewen, Bassini). On s'en souvient, Mac Ewen tire le tendon conjoint en haut et en dehors avec une anse de catgut qu'il



fixe sur l'aponévrose du grand oblique. Bassini, lui, en refaisant le canal, s'efforce de reconstituer surtout sa paroi postérieure. Il nous semble que la fermeture du canal par-dessous le cordon relevé en haut, de façon à ne laisser que l'orifice profond que l'on rétrécit à volonté, est suffisante : elle nous a donné des résultats satisfaisants, et sans aucune difficulté opératoire.

Peut-on faire davantage et augmenter encore la fermeté et la résistance de la cicatrice ? D'abord le mode de cicatrisation a été invoqué ; si la plupart veulent des plaies larges, se cicatrisant vite et avec des sutures profondes, bien étagées, qui ne laissent aucun vide dans l'épaisseur des couches, il en est quelques-uns, avec Mac Burney, qui veulent des réunions par seconde intention ; nous avons dit qu'une fois nous avons obtenu de cette façon une cicatrice solide, mais c'est un fait exceptionnel, et en principe il faut chercher la réunion par première intention. On a fait chevaucher les lèvres de la plaie, on a fait des incisions et des sutures sur des lignes différentes pour des plans différents (Phelps) ; d'autres ont renforcé leurs plaies par l'interposition de fils d'argent ou de tissus organiques : le sac peut être interposé aux parois, aux piliers du canal, ou entrelacé à la façon de Bryant ; avec eux, il peut renforcer la paroi antérieure. Dans les grosses hernies, on peut faire de l'autoplastie, introduire des os décalcifiés comme Trendelenburg et Thiriard, ou fermer la dépression avec du muscle, comme Schwartz, ou du tissu fibreux et périostique.

Après l'opération, un repos plus ou moins prolongé est nécessaire. Si, au bout de dix jours, la plaie est habituellement guérie, l'exercice et l'effort doivent être encore pour longtemps évités. C'est du moins la façon d'arriver à se débarrasser du port du bandage ; et les opérations de cure radicale ont pour but la suppression de cet appareil.

Quelques chirurgiens laissent leur malade trois semaines au lit, puis trois semaines au repos ; pendant les six semaines qui suivent, le travail doit n'être que modéré. D'habitude, il faut un mois pour que l'opéré puisse reprendre ses anciennes occupations.

Une fois guéri de son opération, doit-il reprendre un bandage ? Les uns disent oui, surtout si le malade doit faire un travail pénible, et seulement pour quelques mois, et il n'est agité que d'un bandage léger. Mais d'autres pensent que la pression de cet appareil amincit la cicatrice et l'affaiblit. On peut faire porter le bandage Rainal, qui est une ceinture sans ressorts avec une pelote appuyant au-dessus de la cicatrice : il sera utile dans les cas où les conditions de la cure radicale auront été mauvaises ou défavorables. C'est encore affaire de malades et de variétés de hernies.

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE LA CURE RADICALE ? — Elles dépendent de la hernie et de l'individu qui en est porteur.

En ne considérant que les hernies qui ne sont pas étranglées, une

grande division s'impose ; il est des hernies simples, réductibles, et qui ne s'accompagnent d'aucun accident ; il en est de compliquées, par leur incoercibilité, leur irréductibilité, et par les douleurs qu'elles provoquent.

Dans les *hernies simples*, rien ne motive l'opération que le désir du malade qui veut être débarrassé de son infirmité. C'est là le type des « opérations de complaisance ». Elles s'adressent à des jeunes gens qui veulent embrasser certaines carrières, entrer par exemple dans l'armée, ou qui sont obligés de se livrer à des efforts répétés. Dans ces cas, il faut que le succès opératoire soit définitif et persistant.

Pour les autres hernies, qui entretiennent des malaises constants, qui ne peuvent être maintenues par des bandages, l'opération est indiquée, ne dût-elle donner qu'une amélioration et permettre le port du bandage.

Il est admis que les résultats opératoires sont meilleurs chez la femme que chez l'homme, et, chez la première, la cure radicale de la hernie inguinale doit être pratiquée constamment. Nous avons dit que les bons résultats étaient dus à la possibilité de supprimer le contenu du canal inguinal et de faire la fermeture hermétique de celui-ci (1).

A côté du sexe, l'âge semble avoir une certaine importance. Chickey (2) assure que les résultats sont d'autant meilleurs qu'on opère des sujets moins âgés, et c'était aussi l'avis de Ward Cousins, qui avait opéré 120 enfants de un an à sept ans ; Broca et Frœlich sont aussi d'avis d'opérer les enfants très tôt (3). Cependant la majorité des chirurgiens pensent qu'il ne faut pas opérer trop tôt, parce que, d'abord, beaucoup de hernies inguinales congénitales guérissent spontanément ou sous l'influence du bandage, puis les tissus sont minces et se déchirent, les opérations sont plus graves et amènent plus facilement le shock. Karewski a eu ainsi 3 morts sur 63 cas ; l'asepsie est difficile, et les pansements ne peuvent être facilement maintenus. Les enfants urinent dans leur pansement, et même l'urétrotomie externe préliminaire de Gerster (4) ne saurait complètement mettre à l'abri de cet inconvénient. Par leurs cris, les enfants font tirer leur cicatrice et poussent contre elle leur intestin. On a vu des chirurgiens arriver à faire des appareils immobilisateurs en plâtre ou en métal pour arriver à maintenir les pansements de leurs petits patients.

S'il ne faut pas opérer des enfants trop jeunes, bien que des succès aient été obtenus dès les premiers mois de la vie, il ne faut pas non

(1) MANLEY, *American. medic. Association*, 1892. — DELARIS, thèse de Lyon, 1892, n° 771.

(2) CHICKEY, *British medic. Association*, 1893.

(3) BROCA et FRÖELICH, *Congrès franç. de chir.*, 1897.

(4) GERSTER, *New York surgical Society*, 1892.



plus opérer des individus trop âgés. C'est autour de cinquante ans que les hernieux deviennent inopérables, sauf exception. L'opération les prédispose, en effet, aux complications, pulmonaires, et c'est par le poumon qu'ils meurent des suites de l'opération; et puis il y a souvent des tares organiques, et les tissus font moins vite et moins bien la cicatrisation. C'est donc la seconde enfance, l'adolescence et l'âge adulte qui donnent les meilleurs succès. Toutefois, les statistiques montrent que la proportion de succès est plus grande dans la première période de la vie. Socin a ainsi obtenu 84 p. 100 de succès, tandis qu'il n'a eu que la proportion de 42 p. 100 chez l'adulte.

On n'opérera que les individus qui sont dans des conditions de santé convenables, et chez qui un examen détaillé des organes n'aura révélé rien de pathologique. Les voies respiratoires, en particulier, auront toujours été au préalable l'objet d'une attention minutieuse.

*Résultats.* — Les statistiques qui ont été publiées au sujet des résultats éloignés de la cure radicale de la hernie inguinale sont loin d'être satisfaisantes. Les proportions de succès ne s'appliquent pas à tous les cas opérés, beaucoup restant inconnus ou bien n'ayant pas été suivis assez longtemps; d'ailleurs, les statistiques confondent pêle-mêle des hernies dont la nature est bien différente.

Et puis, enfin, elles ne disent pas si le bandage a été porté après l'opération, ou s'il a été complètement laissé de côté. Aussi le chiffre réel des succès est-il incertain, bien que leur nombre aille grandissant entre les mains de nombreux chirurgiens qui ont acquis par une longue pratique une incontestable habileté et une connaissance approfondie des méthodes les meilleures à employer.

Il nous a semblé que les statistiques les mieux faites signalaient à peu près une récurrence sur 10 cas opérés. Il arrive souvent que les hernies récidivées après opération sont des hernies sans sac, c'est-à-dire de véritables éventrations. Nous conseillons au lecteur désireux de se faire une opinion à ce sujet de consulter les tableaux qui ont été publiés par Agier (1), et qui comprennent les opérations de Bull, de Mitchell Banks, de Mac Ewen, de Lucas Championnière, de Félizet, etc. On y verra aussi que la cure radicale peut exposer à des accidents mortels, quoique bien rarement.

INDICATIONS PARALLÈLES DU BANDAGE ET DE LA CURE RADICALE. — La hernie inguinale des nouveau-nés doit être maintenue par un bandage; le bandage français ordinaire vaut mieux que le bandage en caoutchouc, le ressort en sera doux, la pelote sera ovale si la hernie est pubienne, triangulaire si elle est scrotale. Il faudra l'enlever plusieurs fois par jour pour le nettoyer, le garantir de l'urine et des matières,

(1) AGIER, Cure radicale de la hernie inguinale par les méthodes opératoires sanglantes, Lyon, 1895.

protéger et panser la peau. Souvent ces hernies ne sortent plus ainsi en quelques semaines, et, au bout de deux ou trois ans, elles sont guéries. Dans le cas d'ectopie testiculaire avec hernie, si le testicule peut être séparé de celle-ci, pendant qu'elle est refoulée dans l'abdomen, il faut faire porter un bandage (fig. 87 et 88) dont la pelote en forme de fer à cheval retient dans son échancre la glande génitale, tout en bouchant au-dessus le trajet herniaire. Mais si le testicule est en ectopie inguinale ou qu'il ne puisse être isolé de la hernie, alors le bandage ne doit pas être appliqué; nous croyons qu'il faut faire du massage, qui allonge et étire le cordon en bas, qui tend à faire descendre le testicule, tout en appuyant sur la hernie. Nous avons vu que l'on ne craint plus aujourd'hui d'opérer les hernies des tout jeunes enfants, et c'est ce qu'il convient de faire si la hernie tend à s'accroître, à devenir irréductible, ou si elle s'accompagne d'accidents.

Pendant toute la période de l'adolescence, les hernies inguinales peuvent encore disparaître sous l'influence du bandage. Mais celui-ci doit être porté jour et nuit, si l'on veut espérer ce résultat. On ne peut y compter s'il y a ectopie testiculaire, et guère plus si la hernie a fait son apparition tardivement après la naissance.

De l'adolescence à l'âge adulte, les bandages voient encore diminuer le pourcentage de guérisons; on ne craindra pas, à cet âge, de

proposer la cure radicale pour les hernies qui n'ont pas de la tendance à rétro-céder.

Chez l'adulte, le bandage a pu donner quelques rares guérisons incontestables, mais c'est là l'exception, et les prétendues guérisons ne sont, le plus souvent, qu'apparentes; le sac n'est pas par-

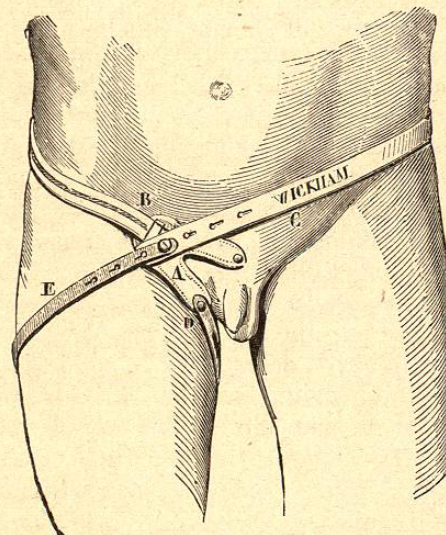


Fig. 87. — Bandage à pelote bifurquée pour le cas de descente tardive du testicule (\*).

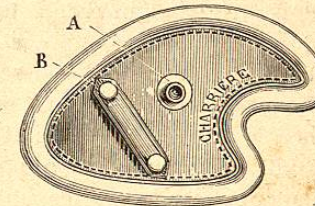


Fig. 88. — Pelote échancrée (hernie congénitale).

(\*) La plaque B, divisée en deux branches, vient saisir, comme une fourche, l'extrémité supérieure du testicule. En serrant de plus en plus ce bandage par une bandelette de cuir, CE, percée de trous et fixée à un piton, on augmente la pression exercée par la fourche.