

souffrent presque constamment de leur hernie, d'autres qui n'éprouvent de la douleur que dans les efforts et les grands mouvements ; d'autres enfin chez lesquels la réduction la provoque. On dit chez ces derniers que la hernie *a perdu droit de domicile*.

La douleur brusque de l'effort est presque toujours vive ; la douleur constante est souvent sourde : la première irradie vers les régions voisines, surtout vers le scrotum et les membres inférieurs ; la seconde affecte plutôt le caractère de petites coliques ; enfin, il n'est pas absolument rare de rencontrer des hernies douloureuses à la pression et notamment à celle du bandage : nous y reviendrons à propos du traitement.

Il ne reste plus à mentionner que des *troubles digestifs vagues* et mal définis, tiraillements, phénomènes dyspeptiques, éructations fréquentes après les repas ; malaise physique et intellectuel avec pesanteur du ventre.

En cas de hernies volumineuses, on peut observer un certain affaiblissement général plus souvent imputable peut-être à l'âge qu'à la hernie même.

*Examen clinique.* — Il se fait par l'inspection et la palpation de la tumeur herniaire.

*Inspection :* La forme de cette tumeur est arrondie ou allongée, avec, parfois, un rétrécissement médian, hernie en bissac, *en gourde* ; plus rarement, c'est une tumeur étalée. — Le relief qu'elle fait sous la peau est très variable : tantôt il saute aux yeux, tantôt il demande à être recherché avec soin ; le malade, debout, sera examiné de profil ; il faudra le faire tousser, provoquer un effort.

L'inspection fait encore constater le volume si variable de ces tumeurs ; et on peut créer de ce chef une importante classification clinique avec tous les intermédiaires : *grosses hernies, moyennes hernies, petites hernies*.

On ne doit d'ailleurs pas oublier que le volume d'une même hernie diffère souvent, suivant les moments auxquels on l'examine, et principalement suivant la position : station verticale, décubitus.

Enfin ce mode d'exploration permet de juger rapidement si la hernie est unique ou multiple, unilatérale ou bilatérale, et de déterminer souvent, au premier abord, son siège.

La peau est le plus souvent normale, quelquefois un peu pigmentée,

surtout dans les grosses hernies scrotales ; elle peut être le siège d'érythème plus ou moins persistant, sous l'influence des frottements d'un bandage malpropre.

*Palpation.* — La hernie est presque toujours une tumeur *molle, dépressible, indolente*, dans laquelle les doigts délimitent facilement un corps et un pédicule.

Lorsqu'on commande au malade de tousser, elle se tend et augmente de volume. Elle est douée d'expansion.

Lorsqu'on la serre entre les doigts en la refoulant vers son pédicule et dans sa direction, cette tumeur rentre ; elle est *réductible* et elle *rentre* souvent avec un bruit de *gargouillement* produit par le déplacement des gaz contenus dans l'anse herniée. C'est là, on peut le dire, un signe pathognomonique de hernie. Parfois, lorsque la hernie est rentrée, le doigt se coiffant des enveloppes et du sac herniaire peut être introduit dans le ventre et constater les rapports et le degré de dilatation de trajet.

La palpation permet donc de dire qu'il y a une hernie réductible ; le bruit de gargouillement obtenu dans la réduction montre de plus que la hernie est intestinale ou intestino-épiploïque ; la *percussion*, en révélant la sonorité des gaz intestinaux contenus dans l'anse herniée, vient confirmer ce point de diagnostic.

*Caractères de l'épiplocèle.* — Lorsque l'épiploon constitue à lui seul la masse herniée, ou lorsqu'il en représente la majeure partie, ces caractères diffèrent quelque peu : la tumeur est pâteuse, moins dépressible, quelquefois inégale, finement lobulée ; elle est mate à la percussion, elle devient très rapidement irréductible.

Il y a bien impulsion par la toux, mais non par expansion. Parfois on peut sentir dans le ventre le prolongement de l'épiploon, la *corde épiploïque* indiquée par Velpeau.

Existe-t-il une *entéro-épiplocèle* ? L'intestin rentre le premier et le plus facilement avec un bruit de gargouillement ; l'épiploon suit, mais avec plus de lenteur.

Tels sont les caractères physiques habituels des hernies abdominales les plus fréquentes ; ils présentent d'ailleurs bien des variantes ; nous devons surtout signaler celles qui sont relatives à leur principal caractère : la réductibilité. C'est ainsi qu'on reconnaît :

1° *Des hernies coercibles*, faciles à réduire et à maintenir réduites ;

2° *Des hernies incoercibles*, réductibles à la vérité, souvent avec difficulté, mais ressortant immédiatement : ce sont les hernies volumineuses.

On distingue encore dans les hernies coercibles : *des hernies sortant difficilement*, même par efforts et dans la station verticale, et *des hernies sortant facilement*, soit dans la position verticale, soit dans la position horizontale.

Dans les cas rares où la hernie renferme un viscère autre que l'intestin, voici comment on pourra faire le diagnostic :

*Hernie de l'estomac.* — La hernie constituée par une portion de l'estomac se gonfle par l'ingestion des aliments ; quand on fait boire le malade, la poche herniée se remplit de liquide dont on perçoit assez facilement le choc ; dans ces conditions la tumeur devient également mate à la percussion.

Joint à la notion du siège de la hernie, plus souvent ombilicale ou sus-ombilicale, ces caractères ne laissent guère de doute.

Les crampes d'estomac, tiraillements douloureux, nausées, vomissements, les troubles fonctionnels en un mot, ont une valeur bien moindre ; nombre de fois on les a rencontrés dans de petites hernies du côlon.

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

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

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

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

Il en est de même quand la hernie est habituellement réduite et ne sort qu'exceptionnellement ; c'est là une cause de difficultés fréquentes chez le nouveau-né.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une méthode palliative, consistant dans le port d'un bon bandage ; une méthode curative, cure radicale des hernies, qui ne semble

applicable dans l'état actuel de la science qu'à un petit nombre de hernies réductibles.

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

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

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

L'emploi des bandages remonte à l'antiquité ; mais leur application n'est devenue pratique qu'en 1663, lorsque N. Lequin employa la pression d'un ressort en acier ; en 1761, Tiphaine, en inventant le bandage double, créa un perfectionnement important.

Il existe deux variétés principales de bandages :

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

2° Le *bandage anglais*, courbé seulement suivant ses faces, contourne la hanche du côté opposé, croise la ligne médiane pour venir s'appliquer sur l'orifice herniaire. Sa pelote est articulée d'une façon très mobile avec le ressort ; cette mobilité rend les déplacements moins fréquents. La complication du mécanisme, son prix élevé, le rendent dans beaucoup de circonstances, moins pratique que le bandage français.

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

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

Il faut se rappeler en effet que le port d'un appareil contentif expose le malade à de la gêne, des douleurs, de l'érythème, de l'eczéma, des excoriations, des ulcérations et même des eschares ; en

outre diverses lésions de voisinage adénites, engorgements ganglionnaires, abcès chauds ou froids, varices, peuvent apporter de grands obstacles à la contention des hernies.

Pour qu'un bandage soit bien appliqué, les conditions suivantes doivent être réalisées :

- 1° Il faut bien réduire la hernie avant de l'appliquer ;
- 2° Il faut bien placer le bandage ;
- 3° Il faut que la pelote reste bien en place et surtout qu'elle ne remonte pas, ce qui rend souvent nécessaire l'emploi du sous-cuisse ;
- 4° Il faut que la pelote presse suffisamment ;
- 5° Que le malade et la région supportent cette pression.

*Combien de temps doit-on porter un bandage?* — Très longtemps pour ne pas dire toujours. En général, on ne le porte que le jour : lorsqu'on cherche à obtenir la guérison radicale, il faut pendant six mois ou un an exiger le port du bandage même la nuit chez les jeunes enfants ; en cas de toux violente et répétée, la même précaution est bonne à prendre.

*Traitement curatif.* — Il est peu d'affections chirurgicales sur la cure desquelles on ait plus discuté que sur la cure radicale des hernies ; il en est peu aussi pour lesquelles on ait imaginé un aussi grand nombre de procédés. Cette incertitude, cette multiplicité sont les preuves les plus évidentes que l'on puisse donner des difficultés du sujet et de l'impossibilité qu'il y a à appliquer d'une manière générale la cure radicale des hernies. On trouvera d'ailleurs dans la thèse d'agrégation de P. Segond (1885) tous les renseignements possibles sur l'histoire et les procédés employés ; nous ne toucherons, bien entendu, que les points principaux de la question.

*Historique.* — Celse a laissé son nom à un procédé de cure radicale de la hernie inguinale. Après avoir réduit la hernie, il saisissait la peau du scrotum avec le sac herniaire, et faisait une ligature serrée. La tumeur ainsi formée s'éliminait par gangrène. On hâtait ce travail par l'application de caustique. Celse n'opérait que les sujets vigoureux de six à quatorze ans ; pour les autres, il avait confiance dans le bandage ; il ne touchait pas au testicule, comme on le voit.

Cette sage conduite était encore suivie d'Oribase (iv<sup>e</sup> siècle), dont la méthode ressemble singulièrement aux méthodes modernes ; mais déjà on ne parle plus de bandages. Paul d'Égine (vii<sup>e</sup> siècle), le plus illustre représentant de l'école d'Alexandrie, a recours à un pro-

cédé barbare dans lequel on sectionnait à la fois le sac et le cordon du testicule, lorsqu'il s'agissait d'une hernie tombée dans les bourses.

La cure radicale par opération continua d'être fort en honneur pendant sept ou huit siècles. L'école arabe la propagea en Italie, en Espagne, en France ; mais, sur la fin de cette période, la chirurgie manuelle étant tombée entre les mains des empiriques, aucune donnée scientifique ne pouvait en sortir. Nous retrouvons cependant bien des sages réserves, dans le plus grand chirurgien de cette époque, Guy de Chauliac, qui n'opérait qu'après insuccès des emplâtres et bandages et laissait les gens malingres et âgés « vivre avec leur clochement. » — Peu après, Bérard-Méthis inventait le *point doré*, suture mal serrée, pratiquée avec un fil d'or abandonné dans la plaie, et qui entourait à la fois le cordon et le sac, avec la prétention de ne pas étrangler le premier. Il trouva peu d'imitateurs.

En face des graves dangers créés par les opérations sanglantes, peu à peu l'abstention devint la règle. Dès le xv<sup>e</sup> siècle l'opération pour la cure radicale des hernies était complètement délaissée pour les bandages ; au siècle suivant, Franco, Ambroise Paré, Fabrice d'Acquapendente mettaient beaucoup de bandages ; recouraient peu à l'opération. C'est cependant à cette époque que Franco fit la première opération de hernie étranglée ; après lui, Paré chercha encore à appliquer la kélotomie à la cure radicale des hernies.

Depuis cette époque, bien des efforts isolés se sont produits en faveur de la cure radicale par opération : ils sont restés longtemps sans écho ; le bandage fort perfectionné, devenu élastique, est seul employé en dehors de quelques cas exceptionnels. Des méthodes moins dangereuses que les méthodes anciennes, mais généralement insuffisantes, ont été pourtant proposées à diverses époques, et tout récemment encore. Nous nous contenterons de les énumérer.

Les unes se proposent d'amener l'obturation du trajet inguinal à l'aide d'un bouchon organique.

Les plus connues sont des dérivés de l'*invagination* créée par Gerdy. Ce procédé consiste à refouler profondément avec le doigt, dans le canal inguinal, la peau du scrotum et à la maintenir dans cette situation à l'aide d'une anse de fil passée au fond du cul-de-sac cutané et dont les deux chefs, très rapprochés l'un de l'autre, sont fixés à la peau abdominale au niveau de l'anneau intérieur du canal.

Au lieu d'employer les sutures simples pour maintenir la peau invaginée, on a eu recours à des instruments rigides qui portaient généralement à leur extrémité profonde des pointes destinées à pratiquer la transfixation des parties. Cette idée, émise par Leroy dès 1855, n'a été vulgarisée que trois ans plus tard par Wutzer — c'est ce que l'on peut appeler le *procédé de Wutzer*. Nous ne pouvons citer les instruments multiples inventés depuis cette époque et qui se rattachent tous au même principe; Sotteau et de Roubaix, après l'invagination, pratiquaient le rapprochement par compression des bords de l'orifice herniaire. De là à la méthode anglaise ou méthode Wood (1858-1865), la distance nous paraît peu considérable. Cet auteur et ceux qui l'ont suivi ont ajouté, à l'invagination cutanée, le rapprochement par suture sous-cutanée des piliers.

D'autres procédés cherchent à obtenir l'oblitération du trajet de la hernie par un processus inflammatoire adhésif ou cicatriciel.

Les principaux sont les *injections iodées* de Velpeau; l'*acupuncture* de Bonnet, le *séton* de Mosner, les *scarifications* de J. Guérin, enfin les *injections péri-herniaires liquides irritants*; Schwalbe emploie l'alcool, 70 à 80 pour 100; Heaten, Warren, se servent d'extrait aqueux d'écorce de chêne; Luton, l'inventeur de la méthode, emploie une solution saturée de sel marin: il a obtenu ainsi 5 succès complets et 1 amélioration sur 4 opérations; de toutes ces méthodes, c'est la seule qui paraisse donner des résultats sérieux. Schwalbe aurait guéri 54 hernies sans accidents; J. Guérin a publié une observation de guérison incontestable obtenue par la méthode de scarification.

*Méthode moderne.* — Grâce au progrès de la chirurgie antiseptique, la question a changé entièrement de face, elle doit être envisagée d'une tout autre manière. Ce que nos prédécesseurs voulaient éviter à tout prix, c'était l'ouverture du péritoine, parce que cette ouverture, faite avec des instruments septiques, dans un milieu septique, était fatalement suivie de péritonite mortelle. Mais aujourd'hui que cette crainte n'existe plus pour celui qui se conforme rigoureusement à tous les préceptes de la méthode antiseptique, les méthodes qui recherchent la cure radicale sans ouvrir le sac ne sont plus de mise; les conditions de la chirurgie sont changées et les procédés que nous venons d'indiquer n'ont plus qu'un intérêt historique.

Nous nous bornerons à décrire brièvement l'opération *moderne* et à en exposer les résultats.

1<sup>o</sup> *Règles opératoires.* — Prenons pour type une hernie inguinale.

Toutes les précautions antiseptiques bien prises, la peau est incisée au voisinage de l'anneau inguinal externe, et l'on arrive sur le sac herniaire, lequel est mis à nu par une dissection attentive et après une hémostase superficielle soignée. Si le sac est trop long pour qu'on veuille le disséquer dans sa totalité, ou s'il forme la tunique vaginale comme dans le cas de hernie congénitale, le sac est ouvert, soigneusement détergé, puis obturé par une éponge montée aseptique. Les lèvres de l'incision du sac saisies dans des pinces à forcipressure sont confiées à un aide, qui les tire au dehors et les récline du côté opposé à celui où chemine l'opérateur. Celui-ci, procédant avec l'ongle, les doigts, la spatule, avec le bistouri ou les ciseaux lorsque cela est nécessaire, dissèque avec soin et le plus haut possible les parois du sac. — Cette dissection doit être poussée de telle sorte qu'on aperçoive l'orifice interne, et que le péritoine, attiré par l'aide, soit bien détaché de toute adhérence avec cet orifice; dans ces conditions, l'éponge montée étant retirée, le sac est lié à son collet, au delà même, et l'on en pratique l'extirpation suivant le conseil donné par Nusbaum.

Lorsque la ligature du sac est terminée, qu'elle ait été faite par un simple lien circulaire ou mieux par un fil double entre-croisé comme pour le pédicule d'un kyste ovarique, on voit immédiatement après la section le pédicule du sac rentrer pour ainsi dire dans l'intérieur de l'abdomen d'où on l'avait attiré; c'est là un point très important, et que nous avons pu constater nous-même de la manière la plus nette dans un bon nombre d'opérations faites.

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

Nous ne voyons aucun inconvénient, au moins dans bien des cas, à joindre la suture des piliers à la suture superficielle, mais nous ne

croions pas beaucoup à l'utilité de ce rapprochement de deux parties fibreuses.

Le pansement terminé et même la cicatrisation obtenue, le chirurgien doit encore se prémunir contre la récédive; dans ce but, un appareil contentif sera maintenu au-devant de l'orifice herniaire, et le malade restera couché pendant un temps considérable pour donner plus de solidité à la cicatrice; au bout de quelques mois, trois à six environ, il lui sera permis de se livrer à ses occupations habituelles: mais une large plaque, peu convexe, sera soigneusement maintenue devant la paroi affaiblie. C'est dans ces conditions, mais dans ces conditions seules, qu'on obtiendra un résultat complet. Qu'on ne vienne pas objecter que l'opération ne sert à rien, si elle ne dispense pas d'un bandage; nous ne croyons pas qu'on puisse compter pour rien d'être débarrassé de tous les ennuis, de toute la gêne et de tous les dangers d'une hernie. — Et si l'on veut constater plus tard la perfection de l'opération telle que nous l'avons indiquée, qu'on palpe la région après l'opération, on y sentira au-dessous de la cicatrice cutanée un gros bourrelet cicatriciel obtenu par le rapprochement des tissus décollés, et ce cordon pourra être suivi jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Quant aux résultats donnés par la plupart des statistiques, nous les croyons entachés d'erreur, car toutes les précautions que nous avons indiquées n'ont pas été suivies. Les statistiques résumées par Segond dans sa thèse donnent 20 morts sur 219 opérés, 44 récédives immédiates sur 115 résultats connus.

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

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

Enfin, pour appliquer immédiatement ces résultats à la hernie spontanée réductible, nous dirons que, pour la plupart des hernies de cette catégorie, la cure radicale ne saurait être recherchée autrement que par des bandages; mais nous ajouterons qu'une hernie un peu

volumineuse, difficile à maintenir, douloureuse, faisant craindre à chaque instant des accidents d'étranglement, une hernie de ce genre doit être opérée suivant les préceptes que nous venons de poser.

Voici d'ailleurs, d'après Berger, quelles seraient les indications précises de la cure radicale:

1° Cas dans lesquels on est en droit d'attendre de l'opération la guérison définitive de la hernie, après insuccès du bandage méthodiquement et suffisamment longtemps appliqué.

2° Cas dans lesquels la guérison définitive est moins probable et où l'opération a surtout pour but de diminuer les inconvénients de la hernie:

- a. Accroissement continu et graduel rendant sa contention de plus en plus difficile;
- b. Échappement fréquent de la hernie sous la pelote;
- c. Accidents, même passagers, d'irréductibilité, d'inflammation ou surtout d'étranglement;
- d. Intolérance absolue pour les bandages.

A ces indications, Lucas-Championnière ajoute: certaines maladies favorisant l'écllosion des complications herniaires (asthme, emphysème); les hernies congénitales avec ectopie testiculaire; enfin certaines convenances sociales (nécessité de travailler à certaines professions rudes, perspective d'un mariage, etc.).

C. *Contre-indications.* — A. Communes à toutes les opérations qui ne sont pas des opérations d'urgence: État du sujet; coïncidence d'autres affections graves; maladies organiques; diabète; cachexies; âge (enfants en bas âge; vieillards après 60 ans).

B. *Contre-indications locales:* faiblesse de la paroi abdominale; grande dilatation des anneaux; développement très rapide de la hernie; multiplicité des hernies.

Trélat a résumé les indications de la cure radicale dans la formule concise suivante:

Toute hernie qui n'est pas *complètement, constamment, facilement* contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale.