

l'avons donnée dans la première édition de ce traité. Nous sommes, en effet, d'avis que le chirurgien qui de nos jours veut opérer des hernies réductibles simples, doit suivre le procédé décrit à propos du traitement des hernies irréductibles (§ 92).

Le sac herniaire congénital se ferme par soudure de la tunique vaginale ; quant aux autres hernies dont on a observé la guérison, elles disparaissent par oblitération du sac herniaire, ou par soudure partielle de ce dernier, auquel cas on observe souvent une formation kystique secondaire. A ce point de vue même, les opérations grossières des *châtreux* du moyen-âge, qui extirpaient testicule et sac herniaire, parfois même encore davantage, avaient bien quelque valeur, et les procédés inventés plus tard, consistant dans l'ouverture du sac et la cautérisation de ce dernier, ou dans sa résection au ras de l'anneau, ne sont pas aussi dépourvus de sens pratique qu'on serait tenté de l'admettre à première vue. L'excision du sac par la « suture royale », diminuait du moins quelque peu les chances de l'inflammation suppurée, laquelle se propageait volontiers au péritoine de la cavité abdominale ; ce procédé consistait à mettre à nu le sac herniaire, et à en soulever un pli longitudinal, que l'on séparait de la petite portion restante du sac par une série de points de suture ; puis au devant de cette ligne de suture on pratiquait l'excision de la partie du sac ainsi délimitée. Les tentatives plus modernes cherchaient à laisser en lieu et place le sac herniaire, et à provoquer une inflammation adhésive de ses parois, après réduction de l'intestin hernié. Tantôt on introduisait de la baudruche dans la cavité du sac (BELMAS), tantôt on y injectait de la teinture d'iode, mais les résultats étaient évidemment trop incertains pour garantir une longue durée à ces méthodes de traitement.

Bien qu'auparavant déjà on ait cherché à obtenir la guérison des hernies par la formation d'une cicatrice dans le tissu conjonctif sous-cutané ou par une cicatrice développée à la suite de la scarification des anneaux, cependant ce n'est qu'avec GERDY (1840) que commence l'histoire proprement dite des procédés consistant à invaginer une portion du sac dans l'orifice herniaire, et à provoquer une inflammation destinée à former des adhérences entre l'anneau et le collet du sac. Toutes ces méthodes de traitement, et particulièrement le procédé d'invagination, ont été inventés essentiellement pour les hernies inguinales ; ainsi l'opération de GERDY consiste à refouler avec le doigt dans le canal inguinal une partie du scrotum et du sac herniaire, et à l'y fixer par des sutures. A côté du doigt on introduit la pointe d'une aiguille à manche à travers le cône invaginé et on la fait sortir à travers la paroi abdominale ; on passe alors un fil double dans le chas de l'aiguille, que l'on retire et que l'on introduit ensuite de nouveau ainsi que le fil sur un autre point, à travers le cône invaginé et la paroi abdominale. Enfin chaque fil double, à sa sortie du trajet de suture, est noué séparément sur un petit rouleau de sparadrap. Ces fils ont pour but de maintenir fixé le cône invaginé dans l'anneau inguinal jusqu'à ce qu'il ait contracté avec ce dernier des adhérences inflammatoires. Dans les cas favorables, il pouvait arriver que l'on réussit par ce procédé à invaginer réellement une portion du sac dans le canal inguinal et à obtenir ainsi, du moins temporairement, l'occlusion de ce dernier. Mais dans beaucoup de cas, le sac herniaire ne se trouvait pas compris dans le cône invaginé ; le doigt n'avait

refoulé dans le canal inguinal que la peau et les enveloppes accessoires ; si l'on n'avait pas à redouter alors au même degré le danger d'une lésion du péritoine, d'autre part l'effet de l'opération était nul. C'est surtout dans les cas de

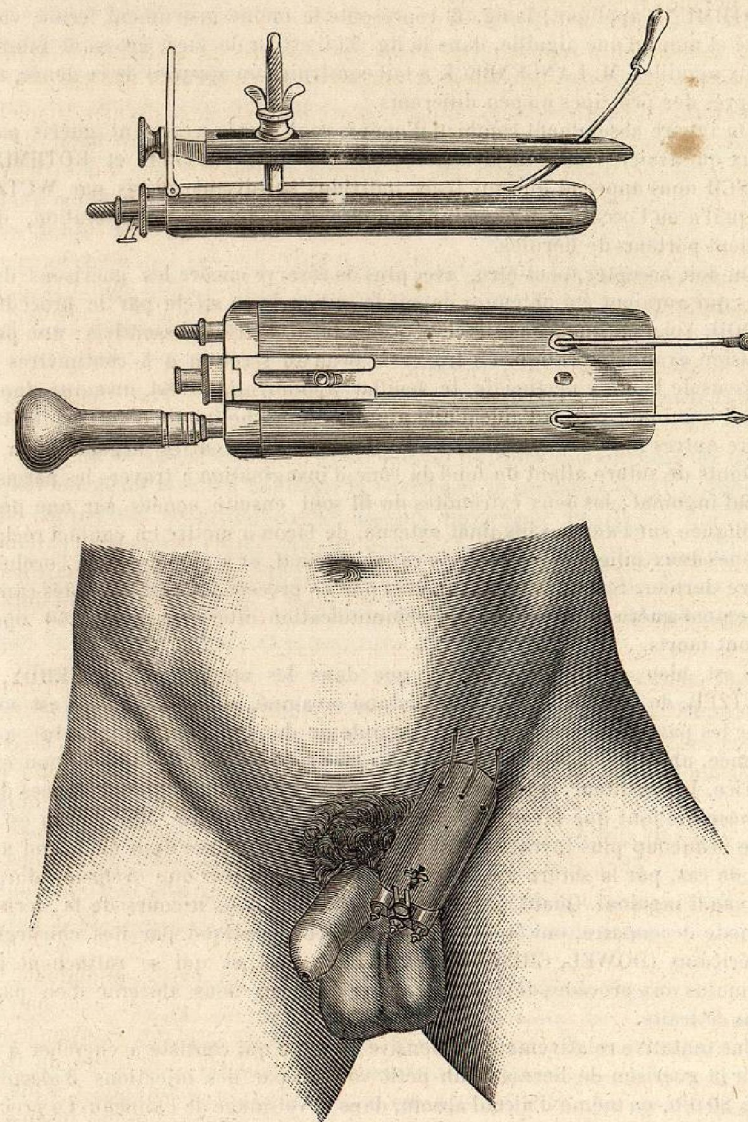


Fig. 32, 33, 34.

hernies volumineuses à large orifice que l'on ne peut guère concevoir que le cône invaginé, même lorsqu'il a été formé à l'aide de deux doigts, puisse, une fois les doigts enlevés, rester fixé au niveau de l'anneau par la seule traction



des fils de suture. C'est ce qui engagea WUTZER, et après lui ROTHMUND, à construire des invaginateurs spéciaux combinés avec l'appareil de suture, et destinés à maintenir la partie conique invaginée pendant le temps nécessaire à la production des adhérences. La fig. 34 montre l'appareil de ROTHMUND appliqué; la fig. 32 représente le même instrument fermé, vu de côté et muni d'une aiguille, dans la fig. 33 il est vu de face, grossi et muni de deux aiguilles. M. LANGENBECK a fait construire un appareil de ce genre, mais d'après des principes un peu différents.

On ignore absolument combien d'opérés sont restés vraiment guéris parmi ceux qui avaient été considérés comme tels par WUTZER et ROTHMUND. BUSCH nous apprend que sur trois individus soi-disant guéris par WUTZER, et qu'il a eu l'occasion d'examiner nombre d'années après l'opération, deux étaient porteurs de hernies.

On doit accepter, peut-être, avec plus de réserve encore les guérisons durables qui auraient été obtenues depuis le milieu de ce siècle par le procédé de WOOD. Voici en quoi consiste ce procédé dans ses traits essentiels : une petite incision ayant été pratiquée à travers la peau du scrotum à 5 centimètres au-dessous de la crête pectinéale, le feuillet aponévrotique est invaginé dans le canal inguinal; puis à l'aide d'une aiguille à manche munie d'un fil (plus tard, entre autres modifications, on se servit d'un fil de cuivre argenté), on fait 3 points de suture allant du fond du cône d'invagination à travers les parois du canal inguinal; les deux extrémités du fil sont ensuite nouées sur une pelote appliquée sur l'anneau inguinal externe, de façon à mettre en contact réciproque les deux piliers et les côtés du canal inguinal, et à obtenir ainsi l'occlusion de ce dernier. Sur 67 individus opérés par ce procédé, 32 ont été notés comme sûrement guéris, et d'après une communication ultérieure, sur 160 opérés 2 sont morts.

Il est bien difficile d'admettre que dans les opérations de GERDY, de WUTZER, de ROTHMUND, le cône cutané invaginé, même lorsqu'il s'est soudé avec les parties voisines, puisse se maintenir dans la position qui lui a été donnée, alors que toutes les conditions en présence, à savoir la pression expiratrice, la pesanteur, la tendance bien connue à l'atrophie des adhérences de la séreuse, ne font que favoriser la reproduction de la hernie. Mais ce qui est encore beaucoup plus invraisemblable, c'est qu'on réussisse dans un grand nombre de cas, par la suture en bourse de WOOD, à obtenir une occlusion durable du canal inguinal. Quant aux autres procédés qui dans le cours de la dernière période décennaire, ont été imaginés et mis en pratique par des chirurgiens américains (DOWEL, CRISTHOLM, FAYRER, etc.), et qui se rattachent plus ou moins aux procédés déjà décrits, nous pouvons nous abstenir d'en parler dans ce traité.

Une tentative relativement inoffensive est celle qui consiste à chercher à obtenir la guérison de hernies d'un petit volume par des injections d'alcool de 20 à 80 0/0, ou même d'alcool absolu, dans le voisinage de l'anneau. Ce procédé a été employé par SCHWALBE, et, dans le cours des dernières années, il a été de nouveau souvent utilisé par VAN DER LEE et par d'autres chirurgiens qui disent en avoir obtenu de bons résultats. La guérison des petites hernies s'opère parfois déjà au bout d'un petit nombre d'injections d'alcool à 90 0/0. Plus souvent, il est vrai, on a été obligé de pratiquer un grand nombre d'injections (jusqu'à 73) réparties sur un espace de temps considérable. D'après toutes les

communications qui ont été faites à ce sujet, cette méthode de traitement est en tout cas très peu sûre.

§ 91. — Lorsqu'une hernie mobile ne se réduit pas spontanément dans le simple décubitus dorsal, on opère le taxis avant l'application d'un bandage, c'est-à-dire que par certaines manipulations on refoule le contenu du sac herniaire dans la cavité abdominale. Pour les hernies mobiles, les seules dont nous nous occupions en ce moment, le taxis n'offre de difficulté que dans les rares cas de hernies volumineuses contenant un grand nombre d'anses intestinales. On saisit à pleine main la tumeur herniaire par son pôle inférieur, en exerçant une légère pression, et avec les doigts de l'autre main on refoule en même temps les anses les plus rapprochées de l'anneau. Une fois le taxis opéré, on applique aussitôt un bandage herniaire; mais auparavant on devra surtout prendre garde qu'il ne reste des anses d'intestin grêle, lesquelles donnent volontiers sous le doigt une sensation analogue à celle que produit un sac herniaire un peu épais, dont on ne cherche naturellement pas à obtenir la réduction.

Les règles générales que nous allons exposer concernant les qualités que doit présenter un bandage herniaire et la manière de l'appliquer, ne se rapportent essentiellement qu'aux bandages élastiques munis d'un ressort, qui sont principalement employés dans les hernies inguinales et crurales. A propos des différentes espèces de hernies nous dirons ce qu'il importe de connaître de certaines formes particulières de bandages, tels que la ceinture simple et la ceinture élastique.

C'est P. CAMPER qui, au siècle dernier, a fourni les premières notions se rapportant aux bandages herniaires élastiques à ressort. Depuis cette époque, tout en conservant au bandage décrit par CAMPER ses caractères essentiels, on lui a fait subir d'innombrables modifications sur lesquelles nous ne pouvons naturellement pas insister.

Le bandage herniaire a pour but de maintenir réduits dans la cavité abdominale les viscères qui, dans la station verticale et la marche, ainsi que dans les divers efforts d'expiration, ont une tendance à sortir peu à peu ou par saccades à travers un orifice relativement étroit.

Une fois le taxis opéré, on peut fermer l'anneau soit par l'application des extrémités des doigts, soit par une pression plus ou moins forte exercée avec la face palmaire du pouce, pression que l'on est surtout obligé d'augmenter considérablement dans les mouvements violents d'expiration, tels que la toux et l'éternuement. Le bandage herniaire qui doit imiter l'action des doigts, sera donc construit de façon à se rapprocher plus ou moins de la forme des extrémités digitales ou de la face palmaire du pouce; il devra être appliqué exactement sur l'anneau, et de façon que la pression qu'il exerce sur le milieu de ce dernier et sur ses bords aient, soit à l'état de repos, soit dans les mouvements violents d'expiration, la même direction que la force qui tend à chasser les