

hernie deux sacs, dont le plus ancien peut être rempli de sérosité, ou peut contenir une portion libre d'épiploon, comme dans une observation de M. Pigné. Sanson a fait mention de cette coexistence de deux sacs, dont l'un était oblitéré et converti en kyste séreux.

Le sac éprouve de nombreux changements de structure par l'effet d'inflammations répétées ou de l'irritation continue dont la hernie est le siège. Arnaud l'a vu épais de 0<sup>m</sup>,012. Ces changements sont surtout sensibles au collet, qui présente ordinairement un rebord dur, falciforme, déterminé par l'action des organes déplacés, par l'action des anneaux, et surtout par la pression des bandages. Dans d'autres cas, le sac, très-mince, peut se rompre et laisser les organes s'échapper dans les parties environnantes. Cette rupture n'est pas douteuse à la suite d'une violence extérieure; on en connaît un fait cité par J. L. Petit. Les ruptures spontanées nous semblent peu admissibles.

Les enveloppes herniaires deviennent parfois transparentes et permettent d'apercevoir les mouvements et la forme des organes herniés.

D'autres fois, au contraire, le fascia propria se charge de graisse, au point de simuler l'épiploon. Cette hypertrophie adipeuse peut

envahir le tissu cellulaire sous-cutané; le chirurgien n'arrive alors au sac qu'après avoir traversé une épaisseur de tissus considérable.

Les couches cellulo-aponévrotiques, le plus immédiatement en rapport avec le sac, s'organisent souvent en feuilletés fibreux, parfaitement isolés les uns des autres, et d'un aspect tout à fait analogue à celui du sac lui-même. Entre ces feuilletés on voit se former quelquefois des kystes remplis de sérosité, qui peuvent être pris un instant, pendant l'opération, pour la tumeur herniaire elle-même.

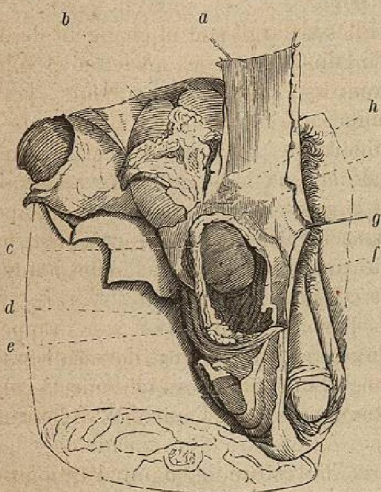


Fig. 514.

*Organes herniés. Épiploon.* Dans une hernie récente et libre, l'épiploon n'offre pas d'altérations de structure. Plus tard il s'engorge, se durcit et, s'il est comprimé au collet, prend une consistance considérable. Dans quelques cas il renferme des kystes

hydatiques ou séreux. Enfin, il peut se déchirer et livrer passage à une portion d'intestin. Nous en représentons (fig. 514) un très-bel exemple emprunté aux magnifiques planches de Scarpa. L'abdomen *b* est ouvert en dehors du muscle droit *a*. On a conservé l'ouverture de l'anneau inguinal *h*, au-dessous de laquelle sont figurés, incisés et renversés de chaque côté, le sac herniaire *d*, et l'épiploon *e f g* donnant passage par une déchirure accidentelle à une anse intestinale *c*.

L'épiploon est libre ou adhérent, réductible ou irréductible.

*Intestin.* Cet organe est pincé dans une partie de sa circonférence ou engagé en totalité dans la tumeur. Si l'anse intestinale est peu étendue, elle forme un arc de cercle; si elle est considérable, elle se contourne. Deux anses intestinales peuvent exister dans la même hernie, comme nous en avons rapporté un exemple si curieux p. 371. A la longue, l'intestin s'épaissit et se rétrécit.

Des adhérences se forment quelquefois entre les organes déplacés eux-mêmes, ou bien entre eux et le sac, et affectent des formes diverses: ce sont des plaques, des brides, capables de causer un étranglement. Ces adhérences peuvent convertir les organes déplacés en une seule masse absolument irréductible, même après l'incision du sac.

*Ouvertures abdominales.* Elles s'élargissent et changent de direction. Ainsi dans la hernie inguinale externe, ancienne et volumineuse, le canal, comme redressé par ses deux bouts, perce directement d'arrière en avant la paroi abdominale, au lieu de la traverser obliquement. Les différences sont grandes selon que la hernie est récente ou ancienne, et qu'elle s'est formée lentement ou tout d'un coup. Ici le canal a conservé son ressort, là les aponévroses sont relâchées. Si, dans certains cas, l'étranglement par les anneaux est admissible en théorie comme en fait, dans d'autres il ne peut avoir lieu que par le collet du sac.

*Accidents des hernies.* Les hernies, dont nous avons rappelé sommairement l'anatomie pathologique, sont susceptibles de diverses complications. Ce sont: l'irréductibilité, l'impossibilité de la contention, les excoriations, l'inflammation, l'engouement et l'étranglement.

On a voulu contester la réalité de l'engouement, et l'on a aussi prétendu nier les étranglements par les anneaux aponévrotiques. Ces théories, malgré le talent avec lequel elles ont été présentées, n'ont pas encore prévalu; peut-être les travaux de M. Sédillot (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842) ont-ils contribué à ce résultat. Après avoir nié l'engouement et l'étranglement par les anneaux, on a émis l'opinion que, dans la plupart des

cas où l'on pratiquait le taxis et l'opération pour l'étranglement des hernies, on n'avait affaire qu'à une simple inflammation passible des moyens ordinaires. La herniotomie a été réputée meurtrière, tandis que la clinique démontre jusqu'à l'évidence que cette opération ne donne en général de mauvais résultats que par les retards qu'on apporte à la faire.

*Traitement.* On se propose de guérir radicalement la hernie, ou bien de prévenir les accidents auxquels elle expose en la réduisant et en la maintenant réduite, ou enfin de remédier à ses complications. Nous diviserons ce paragraphe en trois parties. Dans la première, nous étudierons la cure radicale des hernies; dans la seconde, le traitement des hernies simples; dans la troisième, nous nous occuperons des hernies compliquées.

**Cure radicale des hernies.** Les hernies constituent des infirmités si communes, si incommodes et si graves, que l'on a de tout temps recherché les moyens d'en obtenir la cure radicale; mais il faut avouer que ce but n'a pas encore été atteint, malgré des travaux extrêmement nombreux, dont quelques-uns montrent autant de mérite d'invention que d'habileté opératoire.

1° *La ligature.* On s'est servi de la ligature pour embrasser le pédicule du sac herniaire et en amener la mortification: tantôt la ligature a été appliquée sur le sac lui-même, mis à découvert par une première incision; tantôt elle a été faite au-dessus des téguments, au moyen d'un simple fil circulaire ou d'un fil double traversant de part en part la peau et l'origine du sac, et embrassant séparément les deux moitiés de la tumeur. Le cordon testiculaire et les viscères doivent être mis soigneusement à l'abri de l'action de la ligature. Celle-ci, désignée par quelques auteurs sous le nom de *point doré*, parce qu'elle fut exécutée anciennement avec des fils d'or, est faite avec des fils de fer ou de soie. Cette méthode, encore mise en usage par J. L. Petit, Saviard et Desault, préconisée même en 1812 par M. Martin, et plus tard par Bell, est complètement abandonnée aujourd'hui, sans être peut-être proscrite définitivement.

2° *La suture royale* consistait à coudre le sac herniaire très-près de l'anneau; après avoir réduit les viscères, on excisait toute la portion du sac située au delà de la suture.

3° *La cautérisation* se pratiquait avec le fer rouge ou les caustiques potentiels, sur les téguments et le sac, ou sur ce dernier seul, mis à nu. On a également proposé de cautériser en même temps l'ouverture de l'anneau.

4° *La castration* ne fut jamais mise en usage que par des char-

latans ambulants, longtemps proclamés grands et uniques guérisseurs des hernies. Ils enlevaient le sac herniaire en même temps que le testicule, et une partie du cordon chez les enfants qui leur étaient confiés. M. Sédillot a vu aux Invalides un exemple de cette pratique barbare, qui n'avait pas même l'avantage de toujours guérir la hernie: le militaire qui avait été châtré pour une double hernie, dans les premiers temps de sa vie, était obligé de porter un double brayer pour contenir les hernies volumineuses dont il était resté affecté.

5° *L'incision* du sac permettait de panser la plaie à plat, et de la faire cicatriser par seconde intention. Cette méthode n'était pas sans dangers, comme on peut l'observer tous les jours à la suite du débridement des hernies étranglées.

6° *L'excision* était également redoutable, parce qu'on disséquait et qu'on enlevait le sac en partie ou en totalité.

7° *La compression immédiate* s'exerçait sur le sac, que l'on mettait à nu sans l'ouvrir, après la réduction de la hernie, et qu'on se proposait d'oblitérer par adhérence de ses parois.

8° Les *scarifications* faites sur le sac autour de l'ouverture de l'anneau inguinal en favorisaient l'oblitération, mais exposaient aux mêmes accidents que les autres procédés.

9° *Dissection et réduction du sac herniaire.* Dans les hernies récentes, le sac n'a pas contracté d'adhérences et peut être réduit en totalité; mais dans les hernies anciennes il est tellement adhérent aux parties en contact, qu'il n'en pourrait souvent être séparé.

10° *La compression médiate*, aidée de la situation et du repos, et pratiquée avec des pelotes remplies de substances fortement astringentes, a procuré des succès incontestables à M. Ravin, qui a préconisé cette méthode, véritable perfectionnement de l'emplâtre *contra rupturam*.

11° *Procédé de Jameson.* Ce chirurgien avait proposé d'introduire dans l'ouverture de l'anneau herniaire, et d'y assujettir par la suture, une languette de peau incomplètement détachée des téguments voisins, et pouvant remplir l'office de bouchon. Ce procédé autoplastique fut appliqué à la cure radicale d'une hernie crurale.

12° *Procédé de Belmas.* Il consiste à porter dans le sac herniaire, après la réduction des parties, un petit sac de baudruche que l'on remplit d'air, afin de le distendre le plus possible. Au bout de vingt-quatre heures on laisse peu à peu échapper l'air introduit, et vers la fin du deuxième jour on établit une compression permanente et graduée, pendant environ quinze jours, sur le point opéré. Les expériences de Belmas prouvent que la baudruche laisse