

Quant à l'aiguille, elle a, comme celle de Wurtzer, un manche mobile *a* (fig. 532), mais elle offre, ainsi que nous l'avons dit, un ressort qui fixe l'invagineur et une extrémité d'acier *c* susceptible d'être dévissée.

L'instrument du professeur de Munich, maintenu par deux ou trois aiguilles (fig. 533) et un écrou compressif comme celui de

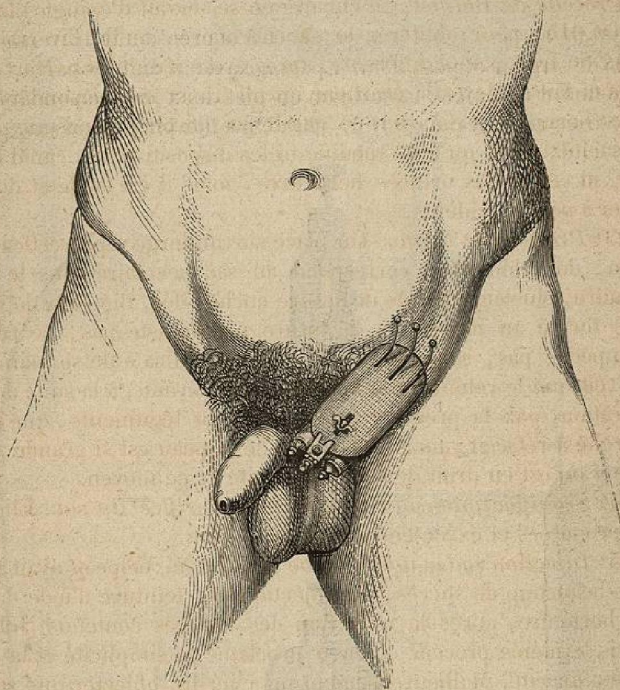


Fig. 533.

Wurtzer, doit produire une inflammation plus étendue, et plus sûrement occuper la largeur d'un canal inguinal fortement et anciennement dilaté.

21° M. Mösner est l'inventeur d'un procédé beaucoup plus simple. On invagine la peau du scrotum dans le canal inguinal avec l'indicateur gauche, et l'on conduit sur ce doigt une aiguille armée d'un fil, avec laquelle on transperce le sommet du cul-de-sac et le pli de l'aine. On retire l'indicateur, la peau revient sur elle-même, et le fil se trouve engagé en guise de séton dans toute la longueur du canal herniaire. On l'y laisse en place pendant quinze à vingt jours,

pendant lesquels on comprime fortement les parties à l'aide d'un spica pour amener des adhérences curatives. Lorsqu'on suppose l'inflammation assez forte et les adhérences obtenues, on retire le fil, dont le trajet se cicatrise rapidement.

Sur trente-quatre malades opérés par le procédé de Mösner, on eut, suivant M. Rothmund, un seul cas de mort et de très-nombreuses guérisons.

*Procédé de Bonnet.* Ce chirurgien se servait d'épingles longues de 0<sup>m</sup>,015, pour oblitérer le sac herniaire, qu'il traversait dans deux ou trois points différents, après avoir réduit les parties déplacées et fait soulever la peau par un pli transversal répondant à l'orifice herniaire. Ce moyen ne paraît pas devoir jouir d'une grande efficacité, parce qu'il ne modifie ni les dispositions du canal inguinal, ni celles des orifices herniaires, mais il est facile et doit exposer à peu d'accidents.

23° *Procédé de Mayor.* On place sur un large repli vertical de la peau, dont le milieu correspond au sac herniaire sans le comprendre, plusieurs points de suture enchevillée. Bien que le pli cutané formé au moyen de la suture ne persiste pas, ce résultat n'empêche pas, selon l'auteur, la cure radicale de se maintenir. On voit que le retour de la hernie serait prévenu, à la suite de cette opération, par la pression exercée par les téguments, que l'on a cherché à rétrécir; mais l'élasticité de la peau est si grande, qu'*a priori* on est en droit de nier l'efficacité de ce moyen.

24° *Scarifications sous-cutanées de l'orifice du sac.* Elles ont été proposées et exécutées par M. J. Guérin.

25° *Injection iodée dans le sac herniaire.* Velpeau avait tenté, sans beaucoup de succès, des injections de teinture d'iode dans le sac herniaire, après la réduction des viscères contenus. Jobert a repris le même procédé et en a proclamé la simplicité et la complète efficacité. Malheureusement on a pu lui objecter que ses injections ont été pratiquées dans le tissu cellulaire, et ses résultats trop récents et trop incertains, pour établir l'efficacité du procédé. M. Maisonneuve conseille, pour être sûr de tomber dans le sac, de traverser ce dernier et le scrotum avec une canule creuse, que l'on retire à moitié pour faire l'injection, après s'être bien assuré qu'on est réellement dans la séreuse, en laissant la hernie se reproduire et se mettre en contact avec l'extrémité de l'instrument. Inutile de dire qu'on comprime l'orifice interne de l'anneau abdominal après réduction, au moment de l'injection, afin de prévenir toute pénétration du liquide dans la cavité abdominale.

On pourrait aussi se servir de la canule à hydrocèle de Baudens, qui serait d'une grande commodité.



Schreger avait déjà eu recours aux injections de vin rouge et d'air dans le sac. Walther a essayé les injections de sang humain; Pankoast celles de teinture de cantharides; mais jusqu'à ce jour ces divers procédés n'ont pas donné de résultats très-satisfaisants.

*Appréciation.* Des faits nombreux mettent hors de doute la possibilité de guérir radicalement les hernies, mais ils sont loin d'avoir tous la même valeur. Si des cures définitives suivent assez souvent l'opération de la hernie étranglée, par la formation d'un tissu inodulaire qui ferme l'orifice herniaire et rétrécit les anneaux, ou par l'adhérence des viscères au contour de l'orifice herniaire, on se demande s'il est prudent d'exposer aux chances redoutables d'une pareille opération des hommes affectés de hernies simples, facilement réductibles, et seulement gênantes par la nécessité qu'elles imposent de porter un bandage. Nous ne le pensons pas, et, dans l'état actuel de nos ressources opératoires, à moins de circonstances toutes spéciales, qui forceraient un malade à vouloir se débarrasser à tout prix de son infirmité, nous croyons qu'on doit s'abstenir d'opérer tant qu'un moyen de traitement efficace et sans péril pour la vie n'aura pas été découvert. Mais dans le cas supposé, quels procédés faudrait-il employer?

Nous recommanderions en premier lieu la compression aidée de la position, du repos et de l'action directe de topiques astringents; ces procédés ne font courir aucun danger et peuvent être employés avec succès.

Chez les enfants, la guérison par un appareil contentif exact est à peu près constante. Chez les adultes, les difficultés sont plus grandes; mais jusqu'à l'âge de trente à trente-cinq ans on peut encore guérir les hernies simples par un bandage bien appliqué, porté pendant douze ou dix-huit mois et quelquefois plus. MM. J. Cloquet et Broca expliquent la cure par le rétrécissement des anneaux fibreux; d'autres chirurgiens admettent l'adhésion et l'oblitération du sac herniaire. L'occlusion du collet est également une cause de guérison.

Dans tous les cas de hernie ancienne, avec dilatation de l'orifice herniaire, les bandages sont en général insuffisants pour une cure définitive. Il reste donc à examiner la valeur des opérations sanglantes, qui se partagent en trois classes, selon qu'elles ont pour but: 1° d'augmenter la résistance des téguments à la reproduction de la hernie; 2° de déterminer l'oblitération et l'adhérence du sac à l'orifice herniaire; 3° de produire l'occlusion de l'anneau ou du canal qui a donné passage aux parties déplacées.

1° On ne doit pas compter sur les téguments pour prévenir le retour des hernies. Leur extensibilité est beaucoup trop grande

pour jamais offrir un obstacle suffisant à la pression des viscères abdominaux.

2° En agissant sur le sac en dehors de l'orifice herniaire, on peut évidemment faire obstacle au retour de la hernie; mais cet obstacle sera-t-il permanent et définitif? Si le sac est excisé, oblitéré par une suture etc., et que le tissu cellulaire qui l'unit à l'orifice herniaire soit resté libre, on doit voir bientôt se reproduire la hernie par le même mécanisme que celui qui multiplie les collets. Un nouveau déplacement du péritoine a lieu, avec d'autant plus de facilité que l'obstacle est réellement assez faible et placé en dehors de l'abdomen. On comprend cependant qu'en soumettant pendant longtemps les opérés à l'usage d'un brayer bien fait, on puisse augmenter les résistances et obtenir des guérisons d'autant plus communes que les sujets seront plus jeunes; mais on est en droit de prétendre que dans ce cas l'opération a été au moins inutile.

Si l'on a déterminé l'adhérence du sac à l'orifice de l'anneau, les chances de guérison radicale sont plus nombreuses. Ce mode de traitement a donc une grande supériorité sur les précédents, et mérite les éloges qui ont été accordés à la cautérisation, aux scarifications et aux injections.

3° Le procédé le plus sûr serait celui qui amènerait l'occlusion du canal herniaire lui-même, comme l'ont fait Jameson, en y introduisant un bouchon de peau, et Belmas, en y portant un sac de baudruche; mais ces procédés sont très-dangereux, et nous sommes peu disposés à en recommander l'emploi.

S'il fallait néanmoins faire un choix pour des circonstances exceptionnelles, nous conseillerions l'adoption des procédés de MM. Mösner, Rothmund et Valette. On ne saurait, en tous cas, se dissimuler que les anneaux resteront souvent relâchés et qu'il y aura habituellement une certaine dépression du péritoine, au niveau de l'orifice de l'ouverture herniaire, condition pathologique des plus favorables à la récurrence.

Il faut en outre se rappeler que la prédisposition aux hernies est un fait incontestable. Beaucoup de malades en portent plusieurs. L'une est-elle contenue à droite, une autre paraît à gauche. L'anneau inguinal interne est-il fermé, une hernie directe se produit. Ne sont-ce pas là de sérieux sujets de circonspection et de prudence?

**Traitement des hernies simples.** Il comprend la réduction et la contention de la hernie.

*Réduction.* On l'effectue assez facilement par le *taxis*. (Voy. ce mot.)