

héréditaire d'un état morbide prédisposant aux hernies acquises. Un autre fait bien établi est que les malformations séreuses sont volontiers liées à des anomalies dans l'évolution du testicule, dont la migration est tardive ou incomplète; au plus léger degré, c'est le testicule oscillant qu'on observe.

Quelquefois on est en présence d'une vraie malformation, plus ou moins complexe, et c'est ainsi probablement que s'expliquent certaines hernies *congénitales* au sens propre du terme, c'est-à-dire existant dès la naissance: et j'ai disséqué, par exemple, un fœtus de 7 mois porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite. Mais ces faits sont exceptionnels. Presque toujours, c'est à une époque variable après la naissance que se produit la descente. Dès lors la question se pose de la manière suivante: pourquoi, dans certains cas, le canal séreux anormal reste-t-il vide, parfois jusqu'à la plus extrême vieillesse, alors que dans d'autres l'intestin vient le distendre? Ici interviennent les *causes déterminantes*.

Pour qu'une hernie se produise, il faut qu'il y ait disproportion entre la résistance de la paroi abdominale et les efforts que doit supporter cette paroi. Si la diminution de la résistance est le fait dominant, on est en présence d'une *hernie de faiblesse*: à l'augmentation de l'effort répond la *hernie de force*. Mais si, dans les cas extrêmes, ces deux catégories sont nettement tranchées, entre les deux types existent tous les intermédiaires, et les facteurs s'associent en proportions variables.

L'effort est augmenté chez les nourrissons qui crient; plus tard, par les accès de toux des bronchites, de la broncho-pneumonie, de la coqueluche, et c'est à cause de ses complications pulmonaires que la rougeole paraît avoir un rôle étiologique de quelque importance; chez l'enfant plus âgé, interviennent les stations debout prolongées, les marches, les efforts exigés par l'apprentissage. La coexistence du phimosis n'est pas rare et, toutes réserves faites sur la facilité avec laquelle, sans lien causal, peuvent s'associer deux malformations très fréquentes, les efforts de la dysurie semblent avoir une influence réelle.

Je viens de parler des complications pulmonaires de la rougeole. Mais on sait aussi combien, dans certaines conditions hygiéniques défectueuses, cette maladie est débilitante: et ici intervient le deuxième facteur étiologique, l'*affaiblissement des parois abdominales*. De là le rôle de toutes les causes de débilitation, parmi lesquelles il faut mettre au premier rang l'alimentation vicieuse et le rachitisme consécutif. On connaît le gros ventre flasque des rachitiques, avec son éventration médiane et ses saillies latérales, étalées comme celles d'un ventre de batracien: à cela sont souvent adjointes, chez l'enfant en bas âge, des hernies inguinales, volontiers volumineuses. Cela se comprend, car la paroi musculaire avachie ne peut plus avoir l'action contentive dévolue normalement à sa tonicité: et les petits rachitiques sont des hernieux au même titre que les vieillards, mais cette *hernie de faiblesse* se produit à la faveur du canal péritonéo-vaginal resté ouvert, et si, grâce à la flaccidité des tissus, le sac peut, par glissement secondaire, acquérir des dimensions quelquefois énormes, ses rapports anatomiques restent toujours ceux du canal péritonéo-vaginal.

Ainsi, le ventre difforme des hernieux en bas âge est un ventre malade et non, quoi qu'on en ait dit, un ventre malformé. Et je crois bien plus raisonnable d'attribuer le rôle pathogénique aux muscles, organes actifs de la défense abdominale, plutôt qu'aux aponévroses, organes passifs, qui, ici comme partout, se bornent à se laisser distendre lorsqu'elles ne sont plus mises activement en tension.

**Signes et diagnostic.** — Je n'ai pas à insister ici sur l'étude générale des *hernies réductibles*: elle se trouve dans tous les traités classiques de pathologie externe. J'ai seulement à mettre en relief les particularités propres à l'enfance. Une première division s'impose en *sacs simples* et *sacs complexes*, ces derniers étant ceux où la hernie s'accompagne soit d'un kyste du cordon, soit d'ectopie testiculaire.

**SAC SIMPLE.** — Chez le nourrisson, les hernies à l'état de pointe ou de sac interstitiel passent inaperçues, et l'on ne reconnaît que celles où la saillie apparaît dans les bourses ou tout au moins à l'anneau externe.

On voit alors souvent une *petite tumeur* arrondie, grosse comme une noisette, qui sort par intermittences, surtout au moment des cris. En appuyant sur elle légèrement avec l'index on la fait rentrer, d'ordinaire avec gargouillement, et la pulpe du doigt sent les deux piliers inguinaux, anormalement écartés, mais en général bien tendus. Après avoir obtenu la réduction, si l'on retire le doigt qui appuie sur l'anneau, on voit quelquefois la hernie se reproduire immédiatement; en tout cas elle se reproduit si l'enfant pousse quelques cris. Parfois dès le début la hernie est volumineuse, scrotale, et cela correspond aux larges béances, aux malformations graves où la descente est très précoce, congénitale même. Mais dans la plupart des cas il n'en est pas ainsi; la hernie, facile à maintenir par un petit bandage en caoutchouc, reste à l'état de bubonocèle, ne descend pas dans le scrotum ou la grande lèvre, et si l'enfant est bien nourri, bien soigné, proprement tenu et muni d'un bandage bien surveillé, la guérison pour ainsi dire spontanée est la règle.

Dans d'autres cas il n'en est pas ainsi, et à côté des *hernies énormes* primitivement, nous devons mentionner celles qui le deviennent chez l'enfant mal nourri, constipé ou diarrhéique, rachitique, à gros ventre flasque. C'est alors qu'on observe des distensions quelquefois étonnantes du scrotum, capable de descendre jusqu'au genou; c'est alors que, surtout si la hernie est bilatérale, la verge est avalée par la tumeur et le gland disparaît au fond d'un ombilic préputial. Cette tumeur, sonore à la percussion, rentre par la pression avec des gargouillements qu'on entend à distance, et après réduction on fait pénétrer dans l'anneau large et mou un doigt (quelquefois deux et même trois) qui pénètre dans l'abdomen après avoir traversé directement une paroi abdominale faible et amincie.

Il est assez fréquent que cette tumeur présente un rétrécissement au-dessus du testicule, un autre un peu au-dessous de l'anneau externe.

Sur l'enfant plus âgé, ayant dépassé 4 à 5 ans, on observe souvent de petites hernies, qui paraissent de temps à autre et sont, en dehors de ces périodes, fort difficiles à dépister. Un effort a coutume d'être inefficace pour

les faire ressortir, et d'ailleurs on sait combien il est difficile, dans bien des cas, de faire tousser au commandement un enfant même assez âgé. Le mieux est de faire marcher et courir l'enfant pendant un temps suffisant. D'autre part, on a un renseignement précieux si on engage l'index dans l'anneau externe anormalement large. Ces hernies n'ont pas coutume de grossir beaucoup.

Il est inutile d'insister sur le *diagnostic différentiel*. Des erreurs, sans doute, sont journellement commises, et tout chirurgien a vu des enfants auxquels on a prescrit le port d'un bandage sur un abcès froid de mal de Pott, sur un testicule tuberculeux, sur une hydrocèle vaginale, etc. A vrai dire, cela démontre simplement de la part du médecin une incurie et une ignorance extrêmes. Le seul point parfois difficile — et je viens d'en parler — est de voir la hernie sortie : et quelquefois on sera forcé de s'en rapporter à la mère ou à la nourrice. On ne s'y trompe guère, d'ailleurs, lorsqu'on apprend qu'une tumeur descend dans le scrotum par intermittences, de préférence le soir.

La seule question à résoudre est de savoir si cette tumeur intermittente est une hernie au sens propre du terme, ou une *hydrocèle communicante*, funiculaire ou testiculaire. Si on ne voit pas le malade à un moment où le scrotum est distendu, le diagnostic est impossible; si on peut examiner la tumeur produite, on la sent se réduire par la pression plus progressivement et sans gargouillement, et surtout on constate, en oblitérant l'anneau avec l'index, qu'elle est fluctuante et transparente. Ce diagnostic n'a d'ailleurs pas d'importance pratique, car dans les deux cas le traitement est le même; et cela se comprend puisque, au contenu près, la lésion est la même.

La détermination exacte des dimensions et des connexions du sac, funiculaire ou testiculaire, est plus délicate. Un sac peut fort bien se laisser brusquement distendre au moment d'un effort et être en réalité petit : j'ai bien des fois opéré des enfants chez lesquels on avait vu, par moments, une hernie formant hors de l'anneau externe une saillie nette, volumineuse même, et chez lesquels j'ai trouvé un sac interstitiel, limité, lorsqu'il était vide, à la base du cordon. On est souvent surpris par ce désaccord entre la clinique et l'anatomie pathologique. Quant à savoir si la hernie est funiculaire ou testiculaire, d'ordinaire on y devra renoncer. Certes, on a le droit de soupçonner testiculaire une hernie que l'on examine habitée, où le testicule est de toutes parts entouré par l'intestin qui descend au-dessous de lui. Mais cela peut être simulé par un sac funiculaire très spacieux, et, d'autre part, il est impossible de dire si un sac communique ou non avec la vaginale par un pertuis plus ou moins large, par un canal plus ou moins étroit. Aussi bien ce diagnostic n'a-t-il aucun intérêt pratique.

Le *diagnostic du contenu* est en général évident : on constate l'existence de l'intestin sonore, réductible avec gargouillement, et après réduction on ne sent plus rien dans le sac. Quelquefois — mais alors il s'agit plutôt de hernies partiellement irréductibles — on sent l'appendice vermiculaire, sous forme d'un cordon isolable. L'épiploon ne se reconnaît que s'il est irréductible. L'ovaire forme une tumeur ronde, mobile, et peu douloureuse à la pression.

**SACS COMPLEXES.** — Deux dispositions anatomiques méritent d'être étudiées ici, alors que la hernie coexiste avec : 1° un kyste du cordon; 2° une ectopie testiculaire.

1° *Kyste du cordon.* — Le kyste du cordon — dont l'étude complète trouvera place ailleurs dans cet ouvrage — constitue une tumeur régulière, située au-dessus du testicule dont elle est indépendante. Elle est tantôt dure, rénitente, et alors volontiers arrondie, pouvant se réduire d'un bloc dans le canal inguinal comme un noyau de cerise qui s'échappe quand on le serre entre deux doigts; tantôt moins tendue, fluctuante et alors d'ordinaire cylindroïde, moins élevée que dans le cas précédent, irréductible. On conçoit que, dans le premier cas, un observateur superficiel puisse croire à une tumeur herniaire réductible. Les erreurs que l'on peut commettre, et qui la plupart du temps consistent à prendre un kyste pour une hernie, n'ont pas grande importance, car, toutes les fois que j'ai opéré un kyste du cordon, j'ai trouvé au-dessus de lui un sac herniaire plus ou moins spacieux et l'extirpation du kyste aboutit toujours, en somme, à une cure radicale de hernie. Cela se conçoit, puisque ces kystes se collectent dans des cavités dues à la persistance de restes péritonéo-vaginaux. C'est pour signaler cette complication constante (je n'y ai vu qu'une exception) des kystes du cordon que je parle ici de cette lésion. Chez les filles, les kystes du canal de Nuck prêtent aux mêmes considérations. Ils sont beaucoup plus rares.

2° *Ectopie testiculaire.* — Dans l'étude anatomo-pathologique, j'ai donné des détails sur les positions possibles du testicule, sur les relations de la glande et de l'intestin. Ici je n'ai donc plus grand'chose à ajouter. Pour le diagnostic, je signalerai l'erreur qui consiste à croire ectopié un testicule simplement oscillant, qui plus ou moins souvent, plus ou moins brusquement, va se cacher dans le canal inguinal, mais peut en être délogé par pression de haut en bas et de dehors en dedans, et descend alors jusqu'au fond des bourses. Sauf ce cas, aisé à reconnaître, il suffit, pour porter un diagnostic exact, de voir s'il y a ou non un testicule dans le scrotum; et si l'on constate une ectopie, on sait que toujours — ou à peu près — autour de lui est une vaginale non oblitérée, c'est-à-dire une hernie réelle ou virtuelle. Mais on doit parfaire ce diagnostic et, par la palpation attentive, déterminer si le testicule est appréciable à l'anneau externe, devant la paroi abdominale ou dans le canal; s'il peut être amené plus ou moins bas hors de l'anneau; s'il est sain ou malade, atrophié ou de volume normal. C'est ainsi qu'on pourra avoir quelques notions sur la longueur du cordon, sur la possibilité de l'abaissement opératoire de la glande; notions qui, il est vrai, seront toujours très sujettes à caution, et très souvent démenties au cours de l'opération. Il faut se souvenir que parfois les testicules ectopiés subissent une migration tardive, de préférence au moment de la puberté, et qu'alors ils sont d'ordinaire accompagnés par une hernie bien caractérisée et comme expulsés par elle.

**Marche et pronostic.** — Une hernie abandonnée à elle-même est toujours une infirmité sérieuse. Lorsque l'enfant est en âge d'analyser ses sensations, il se plaint de pesanteur, de gêne à la région inguinale, quelque-

fois de douleurs notables, vives, violentes même jusqu'à être syncopales. Ces symptômes ont coutume d'être légers, sans doute, mais d'être suffisants pour que le sujet ne puisse pas suivre ses camarades dans tous leurs jeux et exercices. D'autre part, les troubles digestifs ne sont pas rares, sous forme de coliques, de dyspepsie dont l'origine est facile à démontrer le jour où on les fait cesser par le port d'un bandage ou par la cure radicale. Ces accidents sont en général plus accentués dans les hernies avec ectopie.

Chez l'enfant du premier âge, ces renseignements circonstanciés sont impossibles à obtenir. Mais il est facile de constater que les petits enfants porteurs de hernies graduellement croissantes sont difficiles à élever, dyspeptiques, criards, et que la cure radicale peut avoir pour effet de mettre un terme à ce dépérissement. Il s'établit un véritable cercle vicieux entre l'état de dénutrition — grâce auquel la hernie devient grosse, parfois énorme — et la hernie qui à son tour augmente les troubles dyspeptiques, entrave le sommeil et aggrave la déchéance organique.

C'est dans ces conditions que le pronostic de la hernie inguinale réductible peut devenir réellement grave. En outre, il faut tenir compte des complications que nous allons passer en revue.

**Complications.** — Les complications des hernies sont traduites par l'*irréductibilité*, et il faut les distinguer en deux classes, selon que la hernie est étranglée ou non.

**HERNIES ADHÉRENTES NON ÉTRANGLÉES.** — Ces hernies sont rares chez l'enfant; elles existent cependant, avec les mêmes variétés que chez l'adulte.

L'*irréductibilité* par *adhérence charnue naturelle* est constituée lorsque le colon ascendant ou descendant a glissé dans la hernie (voy. p. 659). Cela est exceptionnel pour la hernie de l'S iliaque; cela est seulement rare pour la hernie du cæcum. C'est dans ces conditions que l'on observe, presque toujours à droite, des hernies volumineuses, réductibles en majeure partie avec gargouillement, après quoi il reste dans le scrotum une tumeur de sonorité souvent obscure, à laquelle est parfois annexé l'appendice, que l'on sent sous forme d'un cordon cylindrique.

L'*inflammation herniaire* elle aussi est rare. Elle se manifeste par de la rougeur, de la douleur, parfois une esquisse d'étranglement. J'ai même vu deux enfants chez lesquels l'inflammation d'un kyste du cordon avait simulé presque complètement l'étranglement. Ces poussées inflammatoires ont coutume d'aboutir à la résolution, au simple épaississement du sac, qu'on trouve rouge si on opère pendant la poussée. Une seule fois j'ai saisi en évolution une vraie hydro-épiplocèle enflammée, identique à celle de l'adulte, et la tumeur cylindrique, douloureuse, avec rougeur de la peau, en avait imposé à un de mes internes pour une funiculite probablement tuberculeuse. Ce que l'on rencontre assez souvent, sans un commémoratif d'une semblable netteté, c'est l'épiploon adhérent au fond du sac et un peu induré; il y a évidemment eu une inflammation initiale, mais elle a été lente et torpide. Il est fréquent que cet épiploon, presque partout souple, échappe à la palpation; on sent pourtant, après réduction, que le cordon reste plus gros que de coutume, et cela doit faire soupçonner le diagnostic.

Une erreur de diagnostic utile à connaître consiste à confondre la *tuberculose du canal péritonéo-vaginal* avec une épiplocèle adhérenté, un peu épaissie, formant tumeur. Le diagnostic de cette lésion est établi quand on reconnaît l'existence de foyers tuberculeux dans le testicule et le cordon ou dans le péritoine. Mais parfois, le testicule étant normal, le péritoine paraît l'être également, et cependant il est malade. Or c'est une surprise opératoire désagréable que de trouver un sac tuberculeux, avec lésions se prolongeant dans le ventre, car si certains résultats définitifs sont favorables, le pronostic immédiat est loin d'avoir, d'après mon expérience personnelle, la même bénignité que pour une cure radicale de hernie ordinaire: je comptais, en effet, 4 décès sur 14 cas au lieu de 1 sur 900 en 1897, date où mon élève R. Petit a publié mes observations.

**ÉTRANGLEMENT.** — L'étranglement herniaire est assez fréquent chez l'enfant et surtout chez l'enfant au-dessous de 2 ans.

L'*agent de l'étranglement*, malgré une tentative récente, dont mon élève Tariel a fait justice, pour ressusciter la vieille théorie musculaire, est certainement, comme pour la hernie congénitale de l'adulte, un anneau valvulaire rétréci, situé au collet ou en un point quelconque du sac. La preuve en est que si on opère en fendant largement l'aponévrose du grand oblique, après cela on voit très nettement au sac une dépression circulaire due à une bride fibreuse, et l'étranglement cesse après qu'on a coupé cette bride de la pointe du bistouri.

Les *lésions intestinales* sont les mêmes que chez l'adulte, mais moins graves. Le sillon d'étranglement est moins précoce, et moins marqué; le sphacèle, dont j'ai toutefois observé deux exemples, est exceptionnel. Cette bénignité tient sans doute à ce que les brides valvulaires du canal péritonéo-vaginal sont encore souples et minces chez l'enfant.

Je signalerai la fréquence de la *congestion du testicule*.

L'étranglement herniaire chez l'enfant est habituellement brusque; parfois il atteint d'emblée une hernie jusqu'alors inconnue. Ses *symptômes* (vomissements, constipation, etc.) sont les mêmes que chez l'adulte, et c'est seulement la *marche* qui présente certaines particularités.

L'acuité des accidents est presque toujours grande, mais on aurait tort d'en conclure que la gravité ultérieure soit en rapport avec ce début dramatique. Assez souvent l'état général reste bon et, pour faire cesser l'irréductibilité, il suffit d'une pression légère; ou bien la mère applique d'elle-même un cataplasme sur le scrotum devenu volumineux ou douloureux, et bientôt la hernie rentre spontanément. C'est en raison de ces étranglements légers, volontiers qualifiés d'engouement, que certains chirurgiens ont insisté sur la bénignité de cette complication chez l'enfant, et ont déclaré que toujours le taxis suffisait. Or, je crois cette assertion inexacte. A côté de ces étranglements bénins, j'en ai vu de graves, rebelles au taxis sous le chloroforme, capables d'aboutir à la gangrène ou, sans gangrène, à l'intoxication mortelle du sujet. D'autre part, les crises passagères que je viens de signaler ont coutume d'être à répétition, et, après avoir donné une fausse sécurité, aboutissent un jour à un étranglement serré, sévère, mortel même.

C'est pour cela que je considère ces crises préalables comme un avertissement et par conséquent comme une indication de la cure radicale.

Le *diagnostic précoce* est donc d'une haute importance, et presque toujours il est très facile; mais par contre il est des cas où il est d'une obscurité réelle. Quelquefois en effet — j'en ai observé un exemple pour un étranglement de l'appendice — les symptômes d'étranglement sont incomplets, et d'autre part certaines inflammations de voisinage, portant sur un ganglion inguinal, sur un kyste du cordon ou du canal de Nuck, sur le cordon ou sur le testicule, retentissent sur le péritoine, créent un péritonisme avec des signes plus ou moins accentués d'occlusion. De tous ces faits, j'ai recueilli des observations, et l'erreur est d'autant plus aisée que, chez l'enfant en bas âge, l'étranglement s'accompagne souvent de rougeur scrotale, de signes d'inflammation. Avec un examen attentif, en comparant avec soin l'état local et l'état général, on arrive d'ordinaire au diagnostic exact, et que dans le doute on prenne le bistouri. Le péritonisme est surtout net dans les orchites du testicule en ectopie, dont la vaginale en effet n'est presque jamais oblitérée. En outre, ces testicules sont sujets à l'étranglement, à la torsion du cordon, et ici on peut même noter des signes de pseudo-étranglement intestinal. Dans le doute, on fera d'urgence une cure radicale, qui en tout cas devrait être pratiquée ultérieurement.

L'examen soigné des régions herniaires évite l'erreur de diagnostic avec l'occlusion intestinale, avec l'appendicite. Cependant on peut voir, dans ce dernier cas, le canal péritonéo-vaginal persistant être distendu par du pus venant du péritoine et le diagnostic est alors à peu près impossible: on ne l'établira qu'après incision du sac herniaire.

**Traitement.** — La question de la cure opératoire des hernies chez l'adulte est aujourd'hui jugée. Grâce aux travaux multiples qui ont vu le jour depuis une dizaine d'années, on sait dans quelles conditions l'opération peut ou doit être entreprise, quels résultats définitifs on est en droit d'en attendre selon la nature et la cause de la hernie, selon l'âge et l'état du sujet, etc.

Pour les hernies de l'enfance, la solution du problème n'est pas aussi nette aux yeux de bien des chirurgiens, et quelques partisans résolus de l'opération chez l'adulte lui adressent, chez l'enfant, de nombreuses objections. Ces objections sont plutôt théoriques, et ceux qui les font ne semblent pas, d'après leurs publications, avoir une expérience pratique réelle sur la cure radicale de la hernie chez l'enfant. D'ailleurs, les opposants diminuent de jour en jour.

En réalité, depuis 1890, époque où j'ai commencé à opérer fréquemment des hernies, et surtout des hernies inguinales, je n'ai pas tardé à me convaincre, par l'observation attentive, que l'on pouvait sans aucun danger opérer des enfants, et bien vite je suis arrivé à les opérer de plus en plus jeunes.

Si je réunis mes statistiques d'enfants et d'adultes, mes opérations dépassent aujourd'hui 2000. Je puis donc, je pense, apporter dans le débat une expérience égale, sinon supérieure, à celle de tous les auteurs qui ont écrit sur le sujet.

Comme pour les hernies ombilicales, avant de se résoudre à opérer, il

importe d'avoir déterminé jusqu'à quel point on peut espérer la *guérison par le bandage*; et si je suis opérateur, c'est parce que je suis à cet égard beaucoup moins optimiste qu'il n'est encore classique de l'être.

Il est incontestable que par le port régulier, nuit et jour, d'un bandage bien construit, bien appliqué et bien surveillé, on peut obtenir chez l'enfant des guérisons inconnues à l'adulte. Cette différence, qui est fort tranchée, a certainement entraîné trop loin nos devanciers quand elle leur a fait dire que chez l'enfant, au-dessous de 15 ans, le succès était la règle, si même il n'était à peu près constant.

Or, ce que j'ai observé ne m'a pas conduit à cette conclusion.

A maintes reprises, déjà, j'ai été consulté pour des enfants âgés de quelques jours ou de quelques mois. J'ai conseillé le port du bandage, naturellement, et même avec une mère ou une nourrice intelligente et soigneuse, même lorsque l'enfant supportait bien le bandage, j'ai enregistré bien des échecs; et, lorsque l'enfant fut assez âgé, j'ai dû l'opérer pour une hernie restée stationnaire, ou même progressivement accrue.

D'autres enfants, au contraire, me paraissent guéris, mais je n'ose pas dire qu'ils le sont, car ceux-là sont presque légion, chez lesquels on croit avoir réussi; on continue le bandage par précaution, pendant quelques mois, quelques années même, puis on le retire: et, au bout d'un temps variable, avec ou sans cause déterminante connue, la hernie reparait.

Pour une thèse inaugurale, sur la hernie inguinale chez la fille, mon élève Vassal a dépouillé mes registres de consultation de l'hôpital Trousseau, pour novembre et décembre 1894, janvier et février 1895: 91 enfants des deux sexes ont été présentés à la consultation porteurs de hernies inguinales, et parmi eux 40 avaient été soumis sans résultat à l'épreuve du bandage.

Il s'agit, je le sais, de la classe ouvrière, dans laquelle la régularité parfaite du bandage n'est pas toujours obtenue. Mais dans bien des cas l'enfant était proprement tenu, soigneusement surveillé, il avait porté nuit et jour un bandage en caoutchouc pendant la première enfance, puis un bandage à ressort lorsque la peau avait pu supporter la pression de la pelote. J'ai constaté le même fait chez bon nombre d'adultes, appartenant à toutes les classes de la société, soumis au bandage depuis leur plus tendre enfance.

Dans quelques cas, j'ai constaté, en opérant, une cause d'échec: une pointe d'épiploon, assez mince pour qu'on pût croire la hernie réduite sous le bandage, adhérait au sac, et j'ajouterai que j'ai trouvé des épiplocèles adhérentes chez des adultes qui se sont fait opérer par moi après avoir inutilement porté bandage depuis leur enfance. Donc, même lorsque le bandage peut être porté avec régularité, il échoue assez souvent; et, quand il paraît avoir été efficace, encore faut-il faire des réserves sur l'avenir.

A côté de ces *hernies simples*, on doit réserver une place importante aux hernies qui, de par leur disposition anatomique, ne sont pas justiciables du bandage. Je ne ferai que rappeler les hernies du cæcum et de l'appendice, avec descente du côlon et adhérence charnue naturelle: elles sont possibles, cependant, et j'en ai opéré. Mais cette variété est rare, tandis que les

hernies avec kyste du cordon ou avec ectopie testiculaire sont fréquentes : alors le bandage est toujours inefficace, si même il n'est nuisible.

Pour les *hernies avec ectopie*, on ne discute plus guère. La pelote en fourche a vécu et l'indication est nette de pratiquer la cure radicale avec descente artificielle du testicule. Mais, pour les *kystes du cordon*, on peut songer à la ponction suivie d'injection irritante. C'est une méthode qui certainement est efficace, chez l'enfant en particulier. Il suffit, comme l'a montré Monod père, d'injecter quelques gouttes d'alcool dans la cavité pour en obtenir souvent l'oblitération. Peut-être, d'ailleurs, la guérison spontanée est-elle fréquente, et cela expliquerait pourquoi on observe assez rarement des kystes sous-jacents à la hernie congénitale funiculaire chez l'adulte, tandis que cette disposition est fréquente chez l'enfant.

C'est là un point que je signale seulement, car il n'entre pas directement dans mon sujet. Pour ma part, je préfère extirper le kyste, et cela m'a conduit à constater que *toujours* au-dessus du kyste existait un sac herniaire largement béant. Se borner à oblitérer le kyste, c'est donc respecter à coup sûr une hernie, qu'on aura rendue simple il est vrai, mais l'expérience m'a prouvé que pour les hernies simples la cure radicale donnait des résultats préférables à ceux du bandage.

Avant d'arriver à ce point, je dirai encore un mot de la *hernie étranglée*. J'ai déjà dit que l'étranglement de la hernie inguinale chez l'enfant cède presque toujours au taxis et qu'il ne menace pas très sévèrement la vitalité de l'intestin. Néanmoins, sauf chez les enfants très jeunes et surtout faibles d'apparence, j'ai coutume de toujours pratiquer la kélotomie suivie de cure radicale, car j'en ai eu d'excellents résultats, même chez un enfant de 19 jours dont l'intestin était sphacélé en un point par un pincement latéral. Mieux vaut opérer que de laisser l'enfant exposé, sinon à une récurrence de l'étranglement (qui cependant est fréquente à cet âge), tout au moins aux ennuis et aux incertitudes de la cure par le bandage.

A ces incertitudes, en effet, on peut opposer sans crainte les *résultats de la cure radicale*.

Le premier point nettement établi est que la cure radicale de la hernie inguinale est chez l'enfant d'une bénignité parfaite. Sur tous mes opérés de hernie non compliquée, je n'ai enregistré qu'un décès par péritonite, survenu il y a quatre ans.

Dans ma statistique, je relève d'autres décès, ce qui, des opérations de nourrissons, ferait d'ailleurs un pourcentage insignifiant si ces décès étaient d'ordre opératoire, ce que je ne pense pas, car il s'agit toujours de deux mêmes complications, broncho-pneumonie, diarrhée infantile : maladies qui font périr en grandes proportions les nourrissons hospitalisés sans leur mère ou sans leur nourrice, dans les services de chirurgie en particulier, où les infirmières n'ont pas l'habitude des soins requis par ces enfants.

C'est pour cela que je n'aime pas à entreprendre la cure radicale chez des enfants du premier âge et qu'invariablement, à l'hôpital, je dis à la mère d'élever d'abord l'enfant, pour me le faire opérer, si le bandage n'a pas été efficace, vers l'âge de 15, 16 mois, une fois bien sevré et apte à être mis

dans la salle commune. Si je l'opère plus jeune, en raison de la gravité du cas, je n'y consens, à moins d'avoir la main forcée, que si la mère entre en crèche avec le nourrisson.

S'il fallait considérer qu'en raison de l'âge exclusivement la cure radicale acquiert une gravité réelle pendant les premiers mois de la vie, il y aurait là un argument important pour faire préférer, en cas de hernie étranglée, le taxis à la kélotomie. Il est certain, en effet, que l'étranglement survient de préférence au-dessous de 2 ans, et même dans le cours de la première année. Et cependant, je viens de dire que je n'hésite pas à opérer.

C'est qu'alors, au point de vue de la psychologie de la mère, il y a des conditions un peu spéciales. Pour cet incident aigu, inquiétant, terrifiant même, on obtiendra des soins attentifs, des dérangements multiples. Il en est autrement chez les enfants pour lesquels on a la main forcée, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, par une hernie toujours croissante. Cette évolution progressive s'observe toujours chez des enfants mal soignés, nourris au biberon et à ventre flasque, munis d'un bandage défectueux et mal surveillé, mis en garde pendant que la mère va travailler au dehors, malpropres et ulcérés par le bandage, etc. Alors la mère, qui à la misère et à la négligence joint souvent l'inintelligence et l'indocilité, veut avant tout se débarrasser d'un enfant qu'une infirmité rend difficile à élever.

Dans ces conditions, on est quelquefois obligé d'opérer et d'hospitaliser l'enfant sans sa mère : et c'est sur des cas de ce genre que l'on a quelques décès par broncho-pneumonie. J'ajouterai que souvent, dans ces circonstances, j'ai observé des accidents analogues, mais légers, dont j'ai eu raison par l'enveloppement humide du thorax.

J'ai insisté sur ces considérations, parce que d'elles résulte mon opinion sur *l'âge où il convient d'opérer*. Après avoir, au début de ma pratique, abaissé à 5 ou 5 ans une limite qu'il était classique de fixer à 8 ou 10, je suis peu à peu arrivé à opérer de parti pris à partir de 15 ou 18 mois, et bien plus tôt si une complication survient.

Cela étant dit sur la gravité opératoire, reste la question d'*efficacité*. Après avoir revu, plus de 6 mois après l'opération, 250 de mes opérés, mon élève Mlle Gordon n'a constaté, en juin 1894, que deux récurrences. L'un de ces enfants était à ce moment déjà réopéré depuis 8 mois ; il l'est aujourd'hui depuis 10 ans et je l'ai revu il y a quelques semaines, en parfait état général et local : cela prouve simplement, je crois, que ma première opération avait été incomplète. Aussi ai-je également réopéré mon autre récidiviste et lui aussi est resté guéri. Depuis, il y a deux ans, mon élève Vassal, à propos de sa thèse inaugurale, a revu en particulier les filles : chez une seule, devenue tuberculeuse et toussant constamment, il y a de l'impulsion au-dessous et en dehors de la cicatrice.

Je ferai remarquer que, parmi les malades revus sans récurrence, deux au moins ont eu une coqueluche tout à fait caractérisée ; que plusieurs ont eu la rougeole avec broncho-pneumonie. Plusieurs même ont subi cette atteinte à l'hôpital, où de temps à autre des épidémies de rougeole sévissent au pavillon des tout petits, quelques jours après l'opération. Un enfant ayant