

des conditions bien déterminées, le pronostic des hernies est toujours sérieux, et cela non seulement parce que la hernie est une incommodité fâcheuse souvent incurable, mais aussi à cause de la possibilité d'accidents souvent très graves.

D'ailleurs ce pronostic varie suivant certaines conditions, et surtout suivant le degré de contention. Les hernies non maintenues sont plus graves que les autres à cause de leur volume, de leurs accidents, de leur incurabilité. Les hernies coercibles au contraire sont moins fâcheuses, car elles sont, en général, plus petites et plus curables.

Le pronostic est variable suivant que l'on se place au point de vue de la curabilité ou de la fréquence des accidents. Ce sont en effet les hernies petites et bien maintenues qui sont en même temps les plus susceptibles de guérison et les plus exposées aux accidents d'étranglement.

§ 5. — Traitement des hernies réductibles.

L'indication unique du traitement des hernies réductibles, c'est de les maintenir complètement réduites. Cette contention peut être parfois assurée d'une façon définitive, la guérison est alors obtenue; ou bien seulement d'une manière momentanée par un appareil contentif. Nous aurons donc à étudier un traitement palliatif et un traitement curatif.

A. *Traitement palliatif.* — Le traitement palliatif se pratique au moyen des bandages herniaires. Les bandages sont très nombreux; mais ceux qui sont universellement employés de nos jours sont les bandages à ressorts élastiques qui se réduisent à deux types: le bandage français et le bandage anglais.

Tous deux, du reste, sont des appareils mécaniques à pression constante destinés à maintenir la hernie réduite.

Ils se composent:

1° D'une pelote de forme arrondie, ovale, triangulaire ou échancrée, formée d'une masse de crin ou de laine en tampon serré, soutenue du côté de sa face extérieure par une lame d'acier très mince, à peu près plane et revêtue du côté de sa face interne par une enveloppe en peau de chamois ou en peau de chevreau très fine.

2° D'une lame d'acier élastique, formant ressort, large de 1 à 2 centimètres, fixée à la pelote, se maintenant en place par sa propre élasticité et s'enroulant plus ou moins complètement autour du corps.

Les pelotes varient de forme et de dimensions suivant les régions herniaires et les dimensions de la hernie; il en est de même du ressort.

Les bandages anglais et français diffèrent par les caractères suivants.

Dans le bandage français le ressort est en spirale, courbe à la fois suivant les faces et suivant les bords, comme si on avait exercé sur ses extrémités une torsion en sens inverse. Comme longueur, il s'étend depuis la hernie jusqu'à quelques travers de doigt au delà de l'épine

dorsale en embrassant le côté du bassin correspondant à la hernie, sur lequel il s'applique aussi étroitement que possible par sa concavité. L'articulation du ressort avec la pelote est ordinairement fixe.

Le bandage anglais se compose d'un ressort elliptique terminé à chaque extrémité par une pelote. Il n'est courbé que suivant ses faces. Il entoure le côté du corps opposé à celui de la hernie et repose en arrière sur la colonne vertébrale, dépassant en avant la ligne médiane pour venir s'appliquer sur l'orifice herniaire. Libre dans toute son étendue, il n'est fixé que par ses deux extrémités. L'articulation de la pelote avec le ressort est très mobile, ce qui assure sa fixité, mais assez compliquée, ce qui rend l'appareil assez cher.

Le bandage français, le plus usité de tous, est presque toujours suffisant. Le bandage anglais n'est employé que dans certains cas où le premier ne présente pas une pression assez forte. Mais il a aussi ses inconvénients et est plus difficile à porter que le bandage français.

Ces deux types d'appareils ont été très souvent modifiés: nous n'indiquerons pas les nombreuses variétés de bandage qui ont été imaginées. Quelques-uns cependant, comme le bandage rigide de Dupré, le bandage élastique de Bourjeaud, etc., peuvent trouver leur application dans certains cas exceptionnels.

Lorsque le malade porte une hernie double, on se sert de bandages doubles, formés ordinairement de deux ressorts et de deux pelotes.

Enfin dans certains cas, surtout chez les enfants du premier âge qui supporteraient mal la pression du ressort métallique, on se sert de ceintures molles, diversement agencées, dans lesquelles les pelotes molles et le caoutchouc suffisent à assurer une contention suffisante.

Mode d'application du bandage. — Avant d'appliquer le bandage il faut avoir soin de réduire complètement la hernie, soit en plaçant le malade dans la position couchée, soit au contraire à l'aide des manœuvres méthodiques connues sous le nom de taxis.

Dans le taxis, le malade ou le chirurgien doit saisir la hernie à pleine main en appliquant les doigts le long du pédicule et la faire rentrer par une pression douce, lente et continue, en ayant soin que les viscères rentrent dans un ordre inverse à celui de leur sortie. La réduction obtenue et maintenue avec la main gauche, on saisit la pelote de la main droite et on l'applique directement sur l'orifice herniaire en appuyant un peu. Puis, tout en maintenant la pelote, on place le ressort autour du corps et on fixe l'appareil.

On reconnaît que le bandage mis en place est bon si: 1° la hernie reste réduite et maintenue; 2° si la pelote reste exactement sur l'orifice herniaire; 3° si la pelote n'est déplacée, ni par les mouvements, ni par les efforts; 4° si le malade en supporte bien la pression.

Si ces conditions ne sont pas remplies, il faut ou changer ou modifier le bandage.

D'habitude, le bandage est gardé le jour d'une façon continue et le malade le quitte la nuit quand il est couché. Cependant, dans certains cas, chez les jeunes enfants ou chez les vieillards sujets à des accès de toux violents, par exemple, il est avantageux de le faire garder la nuit aussi bien que le jour.

Mais quelquefois, même avec le meilleur bandage, la pelote peut provoquer des irritations cutanées, des écorchures et même des eczéma. Il est avantageux d'interposer alors, entre la pelote et le tégument, un linge fin, ou une petite plaque de ouate. Si ces moyens ne suffisent pas, quelques jours de repos et quelques pansements élémentaires guérissent ces accidents et le malade peut alors reprendre son bandage.

B. Traitement curatif. — Avant d'aborder l'étude des opérations destinées à assurer la cure radicale des hernies, nous devons rappeler que leur guérison peut, dans certains cas, être obtenue par les bandages ainsi que nous l'avons indiqué précédemment. Pour cela, il faut que la hernie soit constamment maintenue, nuit et jour, qu'elle soit petite, chez un sujet exempt de travaux nécessitant des efforts violents, et surtout que le malade soit jeune. Il est en effet démontré que les hernies congénitales, celles du premier âge surtout, souvent celles de la seconde enfance et de l'adolescence et quelquefois, mais plus rarement, celles de l'âge adulte, avant trente-cinq ans, sont susceptibles de guérison avec un bon bandage. Cependant il est impossible de limiter exactement l'âge de la curabilité. Enfin, cette guérison n'est pas toujours définitive. On a vu des hernies qui semblaient guéries reparaitre après dix, quinze, vingt ans et même davantage.

Le plus souvent la cure radicale est tentée à l'aide d'opérations spéciales. A diverses époques, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, de nombreux procédés de cure radicale ont été tour à tour préconisés et repoussés. Ils étaient tout à fait et justement tombés dans l'oubli jusqu'au moment où l'apparition de la méthode antiseptique a permis de reprendre avec succès de nouvelles tentatives opératoires.

Ce sont surtout les opérations directes de cure radicale qui sont en usage aujourd'hui et que nous devons décrire ici. Certains chirurgiens ont bien essayé de nos jours la cure radicale en provoquant, par plusieurs procédés, des inflammations adhésives, soit dans le sac, soit dans le trajet herniaire, mais leur exemple a été peu suivi. Ces procédés peuvent se ranger en trois groupes.

Le premier comprend les procédés qui cherchent à provoquer dans le trajet herniaire un travail inflammatoire adhésif ou cicatriciel, en s'adressant soit au sac, soit au tissu cellulaire qui l'entoure, soit aux orifices fibreux (injection irritante, etc.).

Le second comprend les procédés dans lesquels on combine la provocation d'un travail inflammatoire avec l'oblitération par un bouchon organique (invagination, etc.).

Le troisième comprend les procédés dans lesquels on ajoute la suture des orifices à leur oblitération par un bouchon organique.

Les méthodes directes, au contraire, sont des opérations à ciel ouvert, qui se rapprochent de la kélotomie. Voici en quoi elles consistent.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses, locales et générales, on incise les téguments; les tissus sous-cutanés sont divisés couche par couche jusqu'à ce que l'on ait isolé le sac herniaire. Le sac isolé est ouvert et le chirurgien pratique la réduction complète des viscères herniés. Si l'intestin est adhérent, il faut disséquer les adhérences avec le plus grand soin de manière à assurer la rentrée complète des viscères. L'épiploon, s'il est adhérent, ou s'il est volumineux et induré, sera réséqué avec une ou plusieurs ligatures, et le pédicule épiploïque sera réduit.

Les viscères réduits, il faut oblitérer le collet du sac, et c'est là un des points les plus importants de l'opération. Il est d'abord nécessaire de bien isoler le pédicule par une dissection minutieuse, tout en attirant à soi la séreuse. Le pédicule du sac doit être oblitéré au-dessus du collet autant que possible. Cette fermeture se fera soit à l'aide d'une ligature avec du catgut fort, soit à l'aide d'une suture intérieure (Czerny) ou en surjet (Nussbaum). La meilleure manière est encore la ligature à l'aide de plusieurs fils croisés entrelacés telle que la pratique Lucas-Championnière. Une fois la ligature achevée, on sectionne le sac au-dessous de la ligature et celle-ci doit être placée assez haut pour que le pédicule lié soit entraîné par l'élasticité des tissus et rentre spontanément dans le ventre pour se placer au-dessous de l'anneau.

Le sac herniaire est ensuite extirpé à l'aide d'une dissection attentive qui constitue le temps le plus long et le plus laborieux de l'opération. Certains auteurs ont oblitéré le sac par des sutures ou des ligatures et l'ont abandonné dans la plaie. La plupart des chirurgiens préfèrent, autant que possible, l'extirper complètement, et cette pratique est en effet meilleure.

Enfin quelques chirurgiens ont cru devoir ajouter aux manœuvres précédentes l'avivement et la suture des bords de l'anneau herniaire. Cette pratique tend à être abandonnée aujourd'hui, à cause de la difficulté de sa réussite, et surtout parce que l'expérience a démontré que la suture du collet et l'extirpation du sac suffisaient dans la plupart des cas.

La plaie superficielle sera ensuite drainée et suturée et les pansements antiseptiques seront rigoureusement appliqués. Une fois la plaie guérie, le malade devra être tenu au repos pendant un temps assez long, et au moins pendant les premiers mois qui suivront l'opération, il devra porter un bandage à pelote plane, destiné à soutenir sa cicatrice et à empêcher les récives.

Cette opération qui, dans les premiers temps où elle a été pratiquée,

a donné lieu à un certain nombre d'insuccès et de morts dues à des péritonites septiques, des phlegmons gangréneux des bourses, du choc traumatique et même des hémorragies, donne aujourd'hui de bien meilleurs résultats. A mesure que le manuel opératoire en est mieux connu, que les chirurgiens se pénétrèrent davantage de la nécessité d'une antisepsie absolue, la statistique s'est améliorée et le relevé des opérations récentes donne une proportion de 75 p. 100 de succès environ.

Mais à côté du succès opératoire il faut considérer le résultat thérapeutique. Or, dans un certain nombre de cas, la cure radicale a été suivie de récurrence de la hernie. Celle-ci se fait surtout dans les premiers mois qui suivent l'opération et elle paraît plus fréquente dans les cas où la plaie opératoire a suppuré que dans ceux où le chirurgien a obtenu une guérison par première intention.

Du reste cette cure radicale opératoire ne doit être employée qu'en obéissant à certaines indications. Elle doit être proscrite dans les hernies à réduction facile et qui sont complètement maintenues par un bandage. En dehors des accidents aigus sur lesquels nous reviendrons, les deux indications de la cure radicale sont l'*incercibilité* et l'*irréductibilité*. Il est d'ailleurs indiqué de n'admettre comme irréductibles que les hernies qui auront résisté aux nombreux moyens de réduction que nous possédons aujourd'hui. A ces deux indications on peut ajouter les *douleurs exagérées* qui font de la hernie une véritable infirmité et empêchent le malade de supporter un bandage.

Nous étudierons plus loin la cure radicale consécutive à la kélotomie pour étranglement.

ARTICLE IV. — ACCIDENTS DES HERNIES.

Nous avons vu précédemment qu'un symptôme constant domine toute l'histoire des hernies simples : c'est la *réductibilité*. Tous les autres signes peuvent varier; tant que la réductibilité reste complète, la hernie est dite simple.

Sitôt, au contraire, que ce signe disparaît, la hernie est compliquée. L'irréductibilité peut être à elle seule une complication, quelle que soit la cause qui l'amène. Mais souvent aussi elle s'accompagne de symptômes graves à allure plus ou moins brusque, à marche rapide. A l'irréductibilité s'ajoutent des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, et tous ces phénomènes peuvent, dans certains cas, et si l'on n'intervient pas à temps, entraîner en peu de jours la mort du malade.

Aussi faut-il, pour tenir compte de tous les faits, de toutes les formes cliniques, diviser en plusieurs classes distinctes les accidents herniaires. Nous étudierons successivement : 1° l'*étranglement herniaire*; 2° les *pseudo-étranglements* comprenant l'*inflammation herniaire* et l'*engouement*; 3° l'*irréductibilité simple*.

On désigne sous le nom d'*étranglement herniaire*, la constriction plus ou moins forte de l'intestin dans un trajet herniaire, constriction qui gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières intestinales, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomique de l'étranglement herniaire doit successivement comprendre : 1° l'agent d'étranglement; 2° l'état des enveloppes et du sac; 3° les lésions du contenu du sac et des viscères; 4° celles qui existent du côté de la cavité abdominale; 5° les lésions plus ou moins éloignées du siège de la hernie.

1° *De l'agent d'étranglement.* — On désigne sous ce nom l'anneau constricteur, quel qu'il soit, qui empêche la réduction des viscères

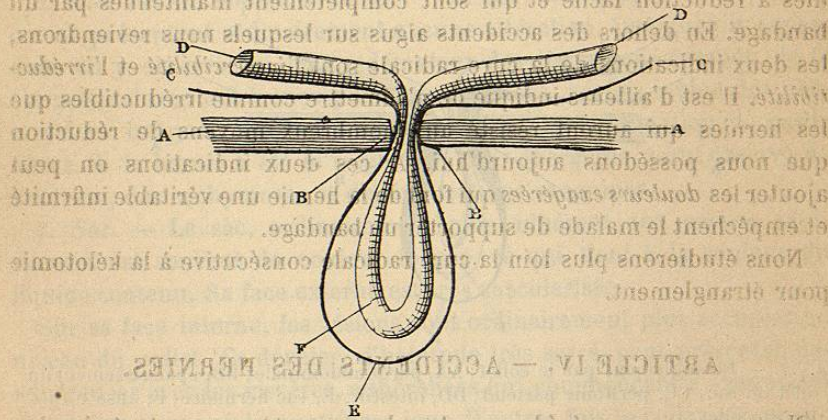


Fig. 76. — Etranglement par l'anneau; AA, paroi abdominale; BB, anneau serré sur l'anneau; CC, péritoine pariétal; DD, intestin; E, sac herniaire; F, anse dilatée en bas et étranglée en haut par l'anneau.

dans l'abdomen. Il se présente sous les aspects les plus divers. Tantôt, et le plus souvent, c'est un anneau complet, dur, inextensible, tantôt une sorte de canal étroit à parois presque rigides; tantôt un segment de cercle à bord tranchant, formant une vive arête et sur laquelle l'intestin s'oblitére en se coulant. Quelles que soient sa forme et sa consistance, les viscères sont souvent si fortement appliqués contre lui qu'on peut avoir quelque difficulté à le découvrir.

Cet agent joue dans l'étranglement un rôle passif; c'est l'intestin qui vient s'étrangler de lui-même sur lui. On a longtemps discuté sur la nature de cet agent, parce qu'au niveau de l'étranglement, anneau, collet et viscères sont si étroitement en rapport, qu'il est difficile de savoir quelle part exacte revient à chacun de ces éléments. Quoi qu'il