

Ces conditions assurées, l'avenir de la cure radicale est assuré, et ce ne sera pas un des moindres progrès de la chirurgie antiseptique à notre époque d'avoir permis, pour beaucoup d'individus, la guérison définitive d'une infirmité plus grave, plus cruelle qu'on ne veut bien l'avouer en général.

DE LA CURE RADICALE

DES HERNIES

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DE LA QUESTION. — LA CURE RADICALE
MÉRITE D'ÊTRE FAITE. — OBJECTIONS

Depuis une époque reculée les hernieux ont attiré la sollicitude des chirurgiens; des opérations nombreuses ont été proposées et pratiquées pour les délivrer de leur infirmité. L'imperfection des procédés d'une part, les progrès de la mécanique d'une autre part, les avaient fait singulièrement délaissés. Puis, dans le découragement de mauvaises méthodes, on en est venu à persuader aux patients que tout était pour le mieux et que munis d'un bandage ils se trouvaient en situation satisfaisante.

Cependant, quelle est la situation du hernieux qui porte un bandage? très variable sans doute.

Il y a des hernies qui sortent peu, chez des individus faisant des efforts médiocres. Pour eux, le bandage est une ceinture qu'ils mettent le matin au lever, qu'ils quittent en prenant la position horizontale le soir. En définitive, ce n'est là qu'une pièce de toilette qu'ils peuvent à la rigueur dissimuler, qui les protège et leur rappelle que certains excès musculaires leur sont interdits.

Mais ces heureux sont de beaucoup les plus rares. Peut-être ne forment-ils pas le quart des porte-bandage. Parmi les autres, beaucoup souffrent plus ou moins constamment; le bandage maintient mal la hernie. — Il a besoin d'être très puissant? alors il est douloureux. — Est-il moins serré? il devient inutile et peut être dangereux, car la hernie sort. Tel, avec un bandage même bien fait, ne peut s'asseoir sur un siège un peu bas, ne peut aller à la selle sans que sa hernie s'échappe. Souvent la pression de la main doit s'ajouter à celle du bandage pour tout effort. Tel autre souffre constamment; des ulcérations se forment sur la peau, des accumulations épidermiques sentent mauvais et irritent.

Et cette misère, ce supplice du bandage insuffisant dure toute la vie.

Que dire donc des hernies qui ne *se réduisent jamais complètement*, avec lesquelles l'individu n'a jamais le pouvoir de faire un effort vigoureux, et se trouve toujours sous le coup d'accidents d'étranglement?

Croit-on que tous ces incidents soient indolores? Ne sait-on pas que ce passage et repassage de la masse intestinale dans le sac herniaire est habituellement accompagné de coliques plus ou moins violentes? La vie d'un hernieux en

puissance d'un sac herniaire béant est constamment douloureuse.

Je ne parle qu'en dernier lieu des complications graves que comporte toute hernie dont le collet péritonéal est constitué, accidents dont le plus grand nombre est conjuré par les réductions heureuses, mais qui laissent toujours suspendu au-dessus de votre tête un danger plus ou moins formidable selon les circonstances et le lieu où sera survenu l'étranglement.

Le hernieux dans ces conditions est un malheureux d'une espèce particulière. Il lui est défendu, sous peine de mort, de faire un effort violent, de prendre un gros rhume loin d'un centre où il pourra rencontrer un chirurgien, et encore ne serait-il pas mauvais qu'il pût savoir quel chirurgien l'opérera.

Ce tableau n'est pas poussé au noir : il n'y a pas jusqu'aux statisticiens qui, par des chiffres éloquentes, n'aient démontré à combien de dangers la vie du hernieux est exposée.

La cure radicale de cette infirmité étant possible, il a fallu des motifs bien puissants pour en détourner la chirurgie.

Les causes de cette proscription sont multiples. Il y avait autrefois des dangers graves inhérents à l'opération. Aujourd'hui le souvenir de ces dangers pèse encore sur les déterminations du malade et du médecin. Nous avouons du reste que cette opinion serait parfaitement justifiée pour toute opération pratiquée en dehors de la chirurgie antiseptique.

Mais il y a une raison plus grave encore; on ne croit pas

à l'efficacité de la cure radicale. Cela tient d'une part à ce que le champ des opérations de cure radicale est encombré d'une foule d'opérations médiocres donnant de piètres résultats.

Puis on s'est montré beaucoup trop exigeant pour la cure radicale, et je ne saurais admettre la définition qu'en a donné mon collègue et ami Jacques Reverdin dans une excellente étude critique de la *Revue médicale de la Suisse romande* (15 mars 1881) : « Il s'agit de réduire dans l'abdomen et d'y maintenir définitivement les parties herniées sans autre secours que les modifications apportées dans les tissus par le fait de l'opération ; un hernieux guéri radicalement devrait n'avoir plus besoin de bandage. »

Ceci serait vrai, si on pouvait faire de la chirurgie idéale, si le patient n'était habituellement un être défectueux qui ne deviendra jamais par le fait de l'opération un Apollon du Belvédère. Mais la situation n'est pas du tout celle-là, et le problème à résoudre ne saurait être déterminé aussi ambitieusement. On n'estime pas qu'une opération de bec-de-lièvre est défectueuse parce qu'il reste une cicatrice et parce que l'opéré n'est pas aussi joli garçon que son voisin. Il y a des opérés qui peuvent arriver à ne pas porter de bandages ; mais même ceux qui devraient porter un bandage toute la vie seraient très heureux de n'être exposés à aucun des accidents de la hernie. Ils sont soulagés et ils ne courent plus de danger. Est-ce que cela ne mérite pas le nom de cure radicale, parce qu'il leur faudra prendre certaines précautions pour assurer le maintien du résultat obtenu ?

Je montrerai même qu'on peut aller plus loin, que l'on

peut tirer bénéfice même d'une opération qui a échoué. Dans le seul cas où l'opération que je conseille n'était pas praticable et où la hernie revint (Obs. III), la malade était fort soulagée, ayant une hernie réductible au lieu d'une hernie irréductible.

Cette querelle de mots est vidée, la cure radicale mérite ce nom et elle est obtenue couramment.

Pour ceux que les bonnes raisons en faveur de la cure radicale auront convaincus, il y a encore une considération qui peut les détourner de ces opérations. Les opérations rapides, superficielles, ne donnent que des résultats imparfaits. Pour être efficace l'opération doit être minutieuse, longue. Elle ne sera couramment pratiquée que par ceux qui sont familiers avec la chirurgie abdominale. Comme dans l'ovariotomie, l'hystérectomie, la néphrectomie, etc., il se peut qu'un chirurgien inaccoutumé ait quelques résultats heureux dans des cas très favorables. Mais pour aborder cette chirurgie régulièrement, avec des résultats assurés, il faut avoir le lieu, le matériel, les aides. Le seul détail de fils mal préparés peut convertir une opération bénigne en une calamité et le moindre accident de ces insuffisances serait l'insuccès.

Je puis même ajouter à ces considérations une histoire très démonstrative. Ma *dixième opération* faite chez un individu dont la hernie était de médiocre volume et ne remontait pas, selon lui, à plus de deux ans de date, a présenté d'extrêmes difficultés ; je puis affirmer que si j'avais trouvé de semblables difficultés au début j'aurais été découragé, j'aurais renoncé. Mais l'expérience aidant ma conviction profonde, j'ai poursuivi l'opération et j'ai ob-

tenu un excellent résultat. Il en sera donc de cette opération comme d'un certain nombre de celles qu'aborde la chirurgie moderne; elle ne donnera ses résultats parfaits que dans certaines conditions.

Ce n'est peut-être pas, comme le disait un jour un maître éminent, de la chirurgie pour tout le monde, mais ce n'est pas une raison pour ne pas la faire. J'ai cherché à établir quelles étaient les conditions dans lesquelles elle doit être faite, et, dans ces conditions, j'affirme que la cure radicale est une excellente opération qui doit donner de beaux succès comme elle me les a donnés. Elle rendra l'existence supportable à beaucoup de malheureux. La chirurgie se perfectionnant chaque jour, plus nous irons, plus ses indications se multiplieront. On verra toutefois dans le chapitre spécial consacré aux indications que dès à présent les cas où elle est applicable sont fort nombreux.

CHAPITRE II

LES DANGERS DE LA CURE RADICALE. — ILS N'EXISTENT PAS RÉELLEMENT. — ASEPTICITÉ DES PLAIES
CONDITION PREMIÈRE DE LA SÉCURITÉ DES OPÉRATIONS.

Les progrès dus à la chirurgie antiseptique ont amené deux résultats bien distincts : d'une part la chirurgie générale, portant sur les cas communs habituels aux chirurgiens, a vu la mortalité et la gravité des traumatismes infiniment modifiées, même pour ceux qui n'ont suivi qu'imparfaitement les nouvelles méthodes; d'autre part, de nouvelles opérations sont nées, des régions dangereuses ont été abordées, et des procédés opératoires ont été adoptés que l'on aurait pu taxer auparavant d'une impardonnable témérité. Mais cette part nouvelle de la chirurgie ne nous paraît devoir être abordée que par les fidèles de la méthode antiseptique. Ici la sécurité est seulement pour un petit nombre de chirurgiens inébranlables dans leur foi, et c'est pour eux seulement que nous écrivons. La cure radicale des hernies appartient aux opérations qui ne permettent pas de tran-

saction. Pour amputer un membre ou un sein, avec quelques précautions antiseptiques générales, on réduit singulièrement les chances de mort. S'il survient un peu de désunion, un peu de suppuration, c'est une peine sérieuse pour le patient, mais les conséquences ne seront pas capitales. Il finira par guérir sans les immunités auxquelles il avait droit; mais il guérira, et son chirurgien présentera une statistique définitive qui ne rendra compte d'aucune de ces péripéties. Mais, si on ouvre le péritoine, les jointures par exemple, il ne faut plus de suppuration; l'accident, c'est la vie mise en jeu; la moindre conséquence, c'est une infirmité grave. Ici donc, point d'ambages: une opération bénigne quand elle est aseptique deviendrait une calamité dans les conditions opposées.

Aussi, abordant cette question de la cure radicale de la hernie devant le dernier congrès de chirurgie, ai-je dit avec insistance: « Toutes ces considérations ne sont que pour le chirurgien ferme dans la doctrine et dans la pratique, et même pour celui-ci, si le matériel était suspect, il devrait s'abstenir. »

Un patient auquel nous faisons la cure radicale court-il quelques dangers? Il serait bien présomptueux d'affirmer qu'il n'en court aucun. Il n'y a guère d'opération si bénigne qu'elle soit qui permette une semblable affirmation. Mais cependant, si nous nous sommes entourés des précautions d'usage, en n'opérant ni un diabétique vrai, ni un albuminurique, ni un vieillard, les dangers sont si faibles que nous ne savons trop comment on peut les mesurer.

Déjà pour les hernies étranglées on arrive à des résultats extraordinaires par opposition à ce que l'on observait au-

trefois. C'est une opération qui n'a de gravité que du fait des altérations acquises par l'anse intestinale ou de la dépression qui résulte d'une longue période d'étranglement.

Mais dans les cas de mort l'autopsie ne nous montre plus jamais la péritonite qui emportait les opérés autrefois et qui était bien réellement le fait de l'opération et surtout du chirurgien.

La hernie ombilicale était la terreur du chirurgien, terreur telle que d'éminents observateurs avaient conclu qu'il valait mieux laisser une hernie ombilicale étranglée aux hasards de la cure spontanée par gangrène que de l'opérer. Dionis avait déjà exprimé pittoresquement cette crainte de l'étranglement en disant que l'individu atteint de hernie ombilicale devait se passer de chemise plutôt que de bandage. Aujourd'hui les dangers pour cette hernie ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'ils sont dans les autres hernies étranglées. L'année dernière (1885), à l'hôpital Tenon, deux opérations ont été faites; l'une par moi a guéri en deux pansements, sans incidents, l'autre opérée par mon collègue me remplaçant, M. Prengrueber, et pansée par mes internes, a guéri très facilement.

Mais si le péritoine irrité déjà par l'étranglement est si peu impressionnable, celui qui est sain le sera bien moins encore. Le nombre énorme des laparotomies exploratrices faites sans accidents est là pour le démontrer. Dans toutes les opérations au voisinage du péritoine personne de nous n'estime aujourd'hui que l'ouverture du péritoine augmente beaucoup les dangers de l'opération.

Ainsi tout nous dit que la cure radicale de la hernie doit être une opération sûre. Mais nous tenons une meilleure

preuve. Ce n'est pas une opération reprise d'hier; elle a été faite très heureusement à l'étranger. Puis, surtout en ce qui me concerne, j'apporte un argument plus précis encore en présentant dix cas d'opérations très laborieuses sans accidents.

Mais dira-t-on, les statistiques modernes ne sont pas si favorables que cela; on y trouve la preuve d'une mortalité encore fort importante. On peut citer la statistique très remarquable de M. Tilanus et d'autres encore.

Malgré la grande compétence de leurs auteurs, je crois ces statistiques entachées d'un vice radical.

Malgré des chiffres nombreux, elles ne démontrent rien du tout.

Si elles empruntaient uniquement leurs observations à une chirurgie antiseptique rigoureuse, elles pourraient permettre des conclusions. Mais on a réuni toutes sortes d'observations venant des pratiques les plus diverses, quelques-unes appartenant à des chirurgiens pratiquant notoirement la chirurgie septique, et quelques-autres venant de praticiens qui affichent des prétentions non justifiées à l'antiseptie. La moindre statistique individuelle a dix fois plus de valeur. Je l'ai dit en maintes circonstances à propos d'opérations sur la valeur desquelles on discute encore, l'ouverture des articulations et la trépanation par exemple.

Je vais plus loin, et je dis, en me basant sur les faits de ma pratique, non seulement la cure radicale n'est pas dangereuse pour la vie, mais elle n'expose pas du tout aux accidents locaux qu'on a signalés.

En veut-on une preuve? Il y a des chirurgiens qui pensent qu'il n'y a pas beaucoup de mortalité, mais qui admettent

la possibilité d'accidents graves, fusées purulentes, gangrènes du scrotum, etc. Qu'on ne s'y trompe pas, là où ces accidents sont observés, on a fait une antiseptie imparfaite; la gangrène et la suppuration ne sont pas le fait du traumatisme opératoire, mais appartiennent à la septicité. Dans nos opérations les plus laborieuses, nous n'avons rien vu de semblable. Même dans les cas de hernies étranglées, avec mauvaises parois, contusions énormes par le taxis, on ne les observe pas; du moment où ces sortes de complications seraient possibles, de grands accidents septiques ne seraient pas loin.

Aussi les observations que nous présentons prouvent l'innocuité de l'opération non seulement parce que les opérés ne sont pas morts, mais surtout parce qu'ils n'ont présenté aucun accident. C'est là un fait capital. Si l'on venait me dire que tous les malades ont guéri, mais que l'un a eu un abcès, l'autre un peu de gangrène, un troisième un écoulement séro-purulent persistant longtemps, je serais en défiance. Mais la réparation a toujours été pour nos opérés d'une régularité parfaite, et la seule opérée qui ait présenté quelque fièvre et des nausées nous a dit qu'elle était prise souvent de jaunisse et de vomissements. Elle guérit sans autre complication (Obs. V).

Pourquoi du reste y aurait-il des accidents et en quoi ces opérations de cure radicale différeraient-elles des autres opérations antiseptiques? On a invoqué le grand délabrement, le décollement d'un sac important entraînant des faits de gangrène sur la peau sous-jacente. Nous ne trouvons pas cela ailleurs; et, qu'une plaie d'opération ait été faite au bistouri, au ciseau ou à la rugine, elle se réunit

tout aussi bien si elle est aseptique. C'est là ce que notre pratique démontre absolument.

Peut-être pourrait-on dire que de très grands délabrements mal placés, trop rapprochés des orifices d'évacuation sont exposés à être contaminés ; que dans ces cas, l'antisepsie est difficile. C'est au chirurgien de disposer les plaies pour éviter cela, et même dans les cas de sac immense, comme dans notre observation, il peut y avoir utilité à faire l'opération en deux temps. Mais le résultat n'en est pas moins pur, quel que soit l'artifice employé.

Aussi je conclus des faits de hernie étranglée comme des faits de cure radicale proprement dite que j'ai présentés :

« La cure radicale n'est pas dangereuse et nous avons le droit d'y recourir pour remédier même à ce qui n'est que difformité. »

Si l'on n'oublie pas que les hernieux, surtout ceux qui nous occupent, ont toujours, outre leurs souffrances quotidiennes, des accidents menaçant leurs jours, accidents tels qu'on a calculé en leur faveur une léthalité énormément supérieure à celle du commun des individus, on verra que la cure radicale est vingt fois plus légitime que bien d'autres opérations pratiquées tous les jours par des chirurgiens qui contestent l'opportunité de la cure radicale.

CHAPITRE III

EFFICACITÉ DE LA CURE RADICALE

Il est de mode d'opposer une fin de non-recevoir à toute tentative faite pour la cure des hernies en disant que ce sont de leur essence des maladies incurables ; et, depuis des années, les chirurgiens ont fait valoir cet argument triomphant plutôt que d'avouer que l'insuffisance ou les dangers de leurs procédés les détournaient de ces sortes d'opérations. Cependant la curabilité de la hernie dans de certaines conditions est un fait démontré. Chez des sujets jeunes, il y a des faits incontestables de guérison même par les bandages. A plus forte raison devra-t-on admettre cette curabilité par une opération.

On peut même aller chercher des arguments très favorables à cette thèse dans des cas de kélotomie faite jusqu'en ces dernières années.

L'opération de la hernie étranglée, même dans les plus mauvaises conditions, donnait des résultats bien intéressants à examiner. Un très grand nombre d'opérés mourant, les occasions de les constater n'étaient pas très communes.

Cependant on en rencontre encore de temps en temps ; quelle est leur situation ?

Malgré les conditions de la kélotomie détestables pour la cure radicale, les plus heureux sont restés guéris ; on en voit même qui ne portent pas de bandages. Mais ceux-là sont les plus rares. Chez le très grand nombre, la hernie a récidivé ; mais alors, encore beaucoup vous disent qu'ils en sont moins gênés que par le passé. La hernie se réduit facilement, elle se maintient bien réduite ; aucun accident d'ordinaire après l'opération. Les malades insistent souvent sur ce point.

Si nous passons aux opérés de hernie étranglée ayant été entre les mains de chirurgiens désireux d'obtenir la cure radicale, le tableau est plus favorable encore. Depuis 1875, j'ai constamment cherché à déterminer la cure radicale de ces opérés par la suture de l'anneau avec ou sans extirpation du sac. J'ai revu quelques-uns de ces opérés ; je puis citer, par exemple, une femme atteinte de hernie crurale étranglée que j'ai opérée à Lariboisière et que j'ai revue trois ans après. J'avais extirpé le sac. Elle n'avait pas trace de récurrence et ne portait pas de bandage.

J'ai revu tout récemment un homme opéré à Lariboisière qui avait un grand sac inguinal droit datant de la première enfance. L'opération date de neuf années, le sac fut partiellement extirpé. La récurrence s'est faite depuis ; le patient porte un bandage qui maintient fort bien sa hernie, il n'a jamais eu d'accidents désagréables de ce côté et trouve sa situation beaucoup préférable à celle qu'il avait avant son opération.

J'en ai rencontré d'autres cas et si je cite ces deux là

seulement, c'est qu'ils représentent très bien ces deux types opposés, dont le dernier a encore bénéficié de l'opération malgré la récurrence.

J'attribue la fréquence relative de la cure radicale, même chez mes plus anciens opérés, à ce que j'ai de tout temps eu grand soin de scarifier le collet du sac en faisant des débridements multiples. Ceci joint à la suture de l'anneau constitue une condition favorable pour l'accroissement définitif des surfaces.

Si j'ajoutais à cette indication d'opérés anciens celle d'opérés plus récents, j'arriverais sur un autre terrain, car ces derniers opérés ont été traités systématiquement pour la cure radicale de leur hernie par des opérations complètes et quelquefois un peu complexes, et j'y reviendrai plus loin. Mais je puis dire déjà que chez ces derniers la cure persistante est la règle.

En somme les faits autorisent à penser que dans le cas de hernie une opération peut apporter des modifications telles que cette hernie guérisse absolument ou que le patient soit placé dans des conditions beaucoup plus confortables. Ce qui lui reste de son infirmité est rendu très supportable, la contention est facile, l'effort musculaire est possible. Sa situation est meilleure que celle des hernieux dont nous parlions au début et chez lesquels la généralité des médecins admet qu'il est facile de pallier la difformité.

Rien que cette constatation autoriserait la tentative de la cure radicale pour obtenir ces résultats dans les hernies non étranglées.

Mais quoi qu'on en ait dit, même après des opérations

anciennes de cure radicale proprement dite, il y a eu des cas de guérison bien nets. De notre temps encore, parmi les opérateurs de l'étranger, chez lesquels l'opération a été plus en faveur que chez nous, on a cité bien des faits incontestables de succès.

Mais surtout, nous présentons des faits au lecteur. Nos opérés paraissent parfaitement guéris. Sur dix opérations, deux seulement sont récentes, et les conditions très favorables de la paroi permettent d'affirmer que le succès persistera pour ces dernières. Les opérés ont été revus après plusieurs années, cinq ans pour deux d'entre eux, sur lesquels la récurrence était le plus à craindre. Le plus mauvais cas des deux, une hernie immense avec paroi déficiente, est celui d'une femme que la misère livre aux travaux les plus durs. Après un intervalle de temps aussi considérable, la paroi est aussi solide qu'au premier jour. Il n'y a aucune tendance à la récurrence. Il est impossible d'observer un résultat plus parfait. Dans l'autre cas, un jeune homme qui a très mal porté son bandage et l'a même délaissé autrefois est dans les mêmes conditions qu'au début; l'opération n'a peut-être pas été aussi parfaite chez lui que je l'ai faite depuis; mais il n'a rien perdu malgré cela.

Dans les autres cas, revus au bout de six, huit mois, un an, les résultats persistent. Ce qui permet d'affirmer la valeur de ces résultats, c'est que tous présentent les mêmes conditions : une paroi fermée; une cicatrice puissante et dure au-devant de cette paroi; l'impulsion se faisant au-dessus juste au niveau où s'arrête la cicatrice. Et plus on s'éloigne de l'époque de l'opération, plus on sent que cette

cicatrice est puissante. J'insiste à dessein sur cette observation.

Pour nos opérations, un seul cas de récurrence pour une petite hernie crurale irréductible; et ce cas même vient à l'appui des opinions que je professe, car l'opération que je préconise fut impossible. Chez une femme, il fut impossible d'extirper le sac. L'intestin fut rentré avec des débris du sac et la suture faite au-devant. Le résultat opératoire dura six mois et la hernie se reproduisit sous l'influence de la toux et d'une grossesse commençante. Tout cela était naturel et prévu, justement parce que la destruction de la surface péritonéale ne pouvait être conduite comme je le recommande.

En somme la lecture de ces observations montre dans un nombre respectable de faits que l'on obtient la réintégration des viscères et leur maintien absolu dans la cavité abdominale.

Même les cas les moins anciens le prouvent plus qu'on ne le croit généralement. Dans les échecs de la cure radicale, la récurrence est assez rapide. Il suffit de lire la description des faits publiés, et l'on verra que pour beaucoup des meilleurs opérateurs, au bout de trois mois, la tendance à la récurrence est déjà marquée.

Or je n'ai, sauf le dernier cas, aucune observation qui n'ait été suivie au moins six mois.

Mais il y a mieux : dans chacune des observations j'ai trouvé qu'à mesure que le temps passait, la situation allait s'améliorer. La hernie était sans doute bien maintenue dès le premier jour; mais par la suite la cicatrice devenait de plus en plus résistante. Le cordon fibreux sur lequel