

## CHAPITRE VI

### DESTRUCTION DE LA SÉREUSE DES HERNIES. — EXTIRPATION DU SAC, PARTIELLE OU TOTALE.

*Destruction de la séreuse des hernies.* — La disposition du péritoine en infundibulum en quelques points constitue la prédisposition première à la hernie chez tous.

Une fois une hernie constituée, le fait de parois lisses, glissantes constitue la cause principale de la perpétuité de la hernie, de la sortie régulière des viscères, de la tendance fatale à l'accroissement. On en trouve une preuve évidente chez les individus dont la hernie s'est faite tard à propos de quelque effort violent (le type de la hernie de force).

Un homme a pu vivre longtemps faisant des efforts musculaires, prenant toutes les positions mauvaises, sans incident ; mais après un accident, un effort excessif, une fois le pertuis à parois glissantes produit, le développement de la hernie est progressif chez lui exactement comme chez

les individus à maigre paroi abdominale et à grands anneaux, peut-être plus rapide encore.

On conçoit aisément que la destruction de ces parois glissantes par l'extirpation du sac<sup>1</sup> ait toujours compté au premier rang parmi les procédés de cure radicale. S'il n'a pas obtenu l'unanime faveur des chirurgiens, cela peut tenir à la fois à ce qu'il est assez difficile à bien exécuter, et à ce qu'il a pu en d'autres temps exposer à de graves dangers.

Selon moi, ce n'est pas l'extirpation du sac qu'il faudrait dire, c'est l'extirpation de la séreuse qui est le fondement véritable de toute opération de cure radicale méritant vraiment ce nom. Tout procédé qui la néglige laisse une voie ouverte pour la hernie nouvelle<sup>2</sup>. Mais cette destruction de la séreuse doit être une œuvre minutieuse et complète.

Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'extirper le sac plus ou moins complètement. Il faudrait, pour approcher le plus de la perfection, extirper la totalité de la séreuse constituant le sac, le collet, et au-dessus de celui-ci un peu de péritoine abdominal au voisinage de la hernie. La suture qui comprend le péritoine et les parties sous-jacentes donnerait

1. L'extirpation du sac a été proposée souvent et les historiques mentionnent divers auteurs. Aucun ne m'a paru rappeler assez complètement que M. John Chiene d'Edimbourg avait un des premiers pratiqué l'*extirpation antiseptique* du sac.

2. On le voit, je laisse de côté sans les discuter tous les procédés par invagination, malgré la grande faveur dont ils jouissent encore : je ne méconnais pas qu'ils aient pu rendre des services, mais j'estime qu'ils donnent une opération très inférieure à celle que je préconise. Celle-ci me paraît beaucoup mieux mériter le terme de cure radicale par les transformations qu'elle fait subir à la région.

alors une réunion sans infundibulum, par conséquent des conditions peu favorables au développement ultérieur de la hernie.

Réaliser cet idéal opératoire peut être difficile, et sauf des cas exceptionnellement très favorables, ce sera toujours un temps très laborieux de l'opération. Toutefois un artifice permet de l'obtenir habituellement. Le péritoine et les couches lamellaires qui le doublent glissent ordinairement assez bien sur les anneaux; si on y met la patience, la délicatesse de main suffisante, des tractions méthodiques abaissent la séreuse en forme de canal, et, quand on a suffisamment abaissé, on place sur le canal péritonéal les ligatures sous la forme que j'indiquerai plus loin. Ces ligatures étant en place, on résèque toute la portion exubérante du sac. On peut voir alors ces parties, que l'on avait entraînées en bas, entraînées maintenant en haut par l'élasticité des tissus. La ligature que l'on vient de faire rentre naturellement spontanément dans le ventre pour aller se placer au-dessus de l'anneau.

En principe, et pour accomplir le plus complètement possible ce temps de l'opération, on doit exécuter une dissection très fine. Si avec la séreuse on prend trop du tissu cellulo-fibreux périphérique plus ou moins épaissi, les difficultés grandissent, l'hémorrhagie augmente et on arrive fatalement à une dissection très incomplète. Ce n'est pas là une vue de l'esprit, c'est un fait d'observation, et quiconque en douterait n'aurait qu'à se reporter à bien des observations publiées et constaterait que l'auteur a souvent arrêté sa dissection parce qu'il trouvait trop de difficultés, ou bien parce que, ayant très grossièrement disséqué le sac,

il s'est figuré l'opération très facile, et a fait une opération très incomplète plus mauvaise encore.

Les difficultés pour la hernie inguinale surtout sont quelquefois très grandes. Tout d'abord, si la hernie est congénitale, toute la partie inférieure du sac, qui n'est que la vaginale avec le testicule au milieu, devra être laissée en place et la dissection ne commence qu'à un certain niveau au-dessus du testicule. Dans ce cas la vaginale, ou pour mieux dire la partie inférieure du sac, est traitée comme la poche de l'hydrocèle dans la méthode de cure de l'hydrocèle par incision.

Au-dessus les difficultés de dissection sont grandes. On attaquera la séreuse par le côté externe, les vaisseaux du cordon étant en dedans, mais cette marche n'est pas toujours facile. Puis, les éléments du cordon sont étalés, déplacés; sur certains points la fusion est intime avec la séreuse.

Il m'est arrivé même de blesser dans cette dissection le canal déférent. Il est vrai qu'il ne s'agissait pas d'une cure radicale seulement, mais d'une *hernie étranglée* opérée la nuit, conditions un peu spéciales, et rien de semblable ne m'est arrivé pour la cure radicale même de hernies congénitales. Mais l'accident eut bien lieu pendant la dissection faite pour obtenir en même temps que la levée de l'étranglement la cure radicale. J'ai pris dans ce cas le parti le plus simple et le mieux indiqué, j'ai pratiqué sans tarder la castration. Le résultat fut une cure radicale parfaite et une grande satisfaction du patient. Quand je le revis plus tard, il me répéta souvent que jusqu'à cette opération il avait constamment souffert de sa hernie et de son testicule.

Il avait éprouvé de l'opération une véritable délivrance et faisait des travaux durs qu'il redoutait antérieurement<sup>1</sup>. Ce cas est fort instructif, l'opérateur ne doit pas oublier ce déplacement des vaisseaux et du cordon. Même pour une hernie non congénitale, les connexions du sac avec l'épididyme et le cordon peuvent être intimes :

Il peut arriver aussi que le sac soit si grand qu'il y ait incon vénient à le disséquer d'emblée. Le fait est rapporté dans ma sixième observation. Or, dans ce cas, il est facile d'abandonner la moitié inférieure du sac comme dans la hernie congénitale ; mais il faut être averti qu'elle a chance de persister à l'état de tumeur, de véritable kyste, et qu'on peut être amené à l'enlever secondairement comme il m'est arrivé. Le malade numéro 6 a subi deux opérations, la seconde destinée à compléter la première en enlevant la partie inférieure du sac que j'avais laissé en place.

C'est au niveau de la partie supérieure du sac et du canal inguinal que se rencontrent les plus grandes difficultés de dissection.

Se peut-il qu'on doive en quelques cas renoncer à la terminer ?

Ceci ne m'est pas arrivé ; cependant il est possible qu'en certains cas rares cela se puisse voir. J'ai dû, après des opérations pour des hernies étranglées, laisser des débris de séreuse dans cette région.

Mais cela ne m'est pas arrivé dans les cas de cure radicale proprement dite, et on ne saurait différencier avec trop de soin ces opérations de hernie étranglée.

1. Ce malade revu près d'une année plus tard refusait absolument de porter un bandage.

Pour la cure radicale en effet, en détachant avec soin la séreuse pellicule par pellicule, j'ai toujours trouvé dans la partie la plus élevée du canal une région où la séreuse cédait, et j'ai pu former l'infundibulum sur lequel je place mes ligatures multiples et enchevêtrées.

S'il arrivait que l'on échouât dans cette dissection, toute chance de guérison persistante serait-elle perdue ? Certainement non. On enlèverait tous les débris de séreuse accessibles, et plus on en aurait enlevé, moins on aurait de chance de récurrence ; toutefois, si une partie du plan glissant persiste, on a des chances contre soi.

Si le sac était adhérent au voisinage des gros vaisseaux dans la hernie crurale, il serait facile de laisser une petite portion isolée à ce niveau sans nuire à la destruction de la séreuse au-dessus.

*Adhérence à l'intestin, à l'épiploon.* — Mais le sac séreux n'est pas adhérent seulement aux parties sous-jacentes, il peut être adhérent aux viscères contenus. S'il ne s'agit que de l'épiploon, comme celui-ci est destiné à être réséqué, ainsi que nous le verrons plus loin, la difficulté n'est pas grande. On résèque la portion d'épiploon adhérente. Mais il y a des cas où la paroi du sac séreux est fusionnée en quelque sorte avec la paroi de l'intestin ; dans ces cas, première difficulté lors de l'ouverture du sac ; grande difficulté de ne point blesser l'intestin. Mais cela ayant été évité, il peut rester impossible de détacher suffisamment le sac de l'intestin pour isoler celui-ci, le réduire et atteindre les parties du collet à disséquer.

Que faire en pareil cas ? Ce que je nomme une opération imparfaite : disséquer tout ce qu'il est possible de séreuse

après avoir fendu le sac dans tous les points accessibles, puis réduire l'intestin et terminer l'opération ainsi que nous le verrons plus loin, comme si la dissection avait été complète. En pareil cas, la récurrence menace ; l'intestin est retenu au voisinage de l'anneau et une portion du plan séreux persiste.

La persistance de la séreuse n'est pas un obstacle absolu à la cure radicale. On recommande des procédés de cure radicale qui provoquent des adhérences dans l'intérieur du sac ; dans une discussion à la Société de chirurgie, M. Pozzi nous citait le cas original d'une femme qu'il avait opérée d'une hernie crurale étranglée sans ouverture du sac et chez laquelle la hernie ne s'était pas reproduite : on l'avait constaté un peu plus tard. Mais c'est là un fait exceptionnel, et lors même que l'on a obtenu la guérison avec persistance d'une partie de séreuse, les chances de récurrence sont grandes ; je citerai le fait très instructif de ma troisième observation, le seul cas dans lequel j'aie observé une récurrence.

Il s'agissait de la nommée Lambert, opérée à Tenon le 27 juillet 1881. Cette femme avait à gauche une petite hernie crurale, entéro-épiplocèle, qui ne se réduisait qu'à moitié, siège d'une sensibilité très vive ; tout bandage était insupportable et dangereux. Lorsqu'à sa demande je lui fis la cure radicale, je trouvai un sac mince comme une pelure d'oignon, très intimement uni à une portion d'épiploon et à une anse intestinale. J'excisai une portion de l'épiploon, je divisai le sac par plusieurs incisions longitudinales en sortes de lanières, et je pus réduire l'intestin, le reste d'épiploon et ces lanières de sac dans l'abdomen. Ceci fait, un

point de suture placé au niveau de l'anneau maintint les parties en situation. Pendant six mois la guérison parut solide, la malade gardait bien son bandage et il n'y avait pas trace d'impulsion. Mais, au bout de ce temps, elle fut atteinte d'une bronchite très intense, et ses quintes répétées la nuit finirent par vaincre la résistance de la cicatrice diminuée encore par un commencement de grossesse. La hernie se renouvela. Elle est restée peu importante, insensible, très réductible ; le bandage est très bien supporté ; mais la hernie existe. Certainement, si j'avais pu au cours de l'opération compléter l'ablation des parties du sac, mon opérée eût été dans des conditions beaucoup meilleures pour éviter la récurrence.

On pourrait encore faire, dans le cas où la dissection d'un anneau serait incomplète, une série de scarifications sur le collet du sac. On crée ainsi une surface cruentée relativement bonne pour l'adhésion. J'ai souvent employé, autrefois, ce procédé pour des hernies étranglées où je fais toujours les débridements multiples ; j'ai eu quelques cures radicales qui ont succédé. Mais tout cela serait fort aléatoire.

En réalité, il faut par tous les moyens poursuivre le détachement puis la destruction de la séreuse ; et pour ce faire, l'expérience de l'opérateur sera très importante. J'ai, par exemple, rencontré dans ma dixième opération des difficultés qui m'auraient certainement arrêté lors de la première. Je n'ai pu m'en rendre maître qu'avec une grande persévérance et la confiance absolue que me donnaient les suites si simples des opérations antérieures.

Une autre difficulté opératoire consiste dans les con-

nexions vasculaires du sac. Tandis que certaines fois le sac peut être détaché jusqu'au collet sans presque d'écoulement sanguin, ce décollement provoque d'autres fois un écoulement en nappe très abondant. On a même quelquefois beaucoup de ligatures à faire.

*Pédiculation, ligature et fermeture du péritoine.* — Lorsque le sac séreux a été pédiculisé avec soin, on le tient dans la main, entier ou par lambeaux. Il s'agit de placer les ligatures destinées à fermer le péritoine directement au-dessus du point où il sera réséqué. Pour ce faire, je place sur le sac des pinces confiées à un aide pour le maintenir avec des tractions un peu énergiques. Puis, sur le point le plus profond du pédicule, je traverse le pédicule soit avec une aiguille de Reverdin proprement dite, soit avec une aiguille mousse de même forme à chas mobile, que j'ai fait construire il y a plusieurs années par M. Collin, et que j'utilise pour diverses opérations, puis je passe deux fils de gros catgut que j'entrecroise et que je fixe séparément.

Si le pédicule de mon sac était très large, j'en placerais plusieurs accolés et enchevêtrés comme dans l'opération numéro 2, où j'en ai placé 5 à la suite les uns des autres. Cet enchevêtrement garantit contre tout glissement possible. J'ai fait représenter dans des figures schématiques la disposition de ces fils.

*Figures des aiguilles.* — La figure 1 représente l'aiguille de Reverdin droite; la figure 2 représente l'aiguille courbe. La figure 3 représente cette aiguille courbe et mousse que j'ai fait construire et qui m'a rendu de grands services pour la formation de pédicules, pour bien des tumeurs et bien des régions différentes.

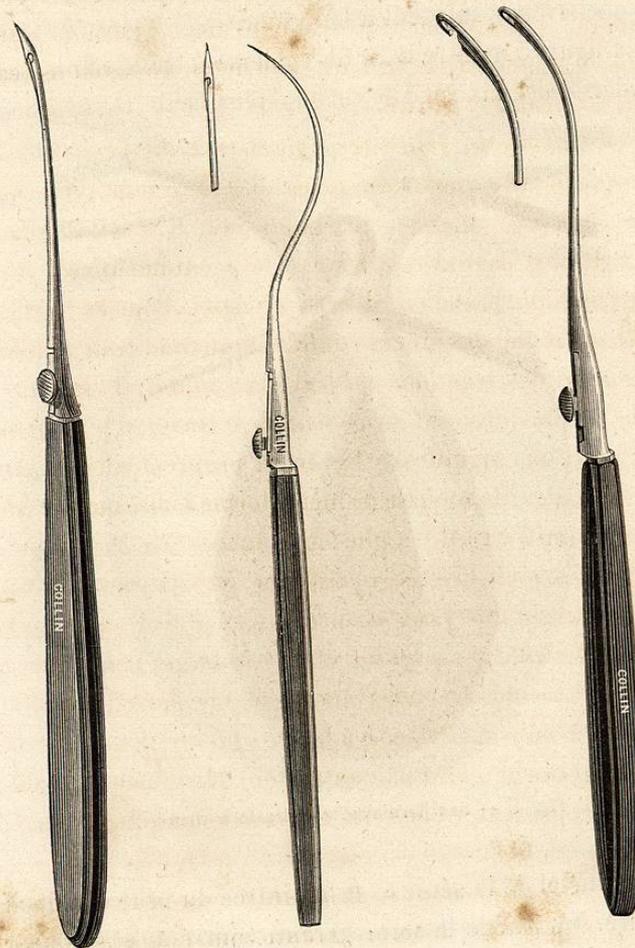


Fig. 1. — Aiguille de Reverdin droite.

Fig. 2. — Aiguille de Reverdin courbe.

Fig. 3. — Aiguille mousse du Dr Championnière.

*Fils placés sur le sac.* — La figure 4 représente le cas le plus commun, un pédicule assez restreint pour que deux fils enchevêtrés suffisent à le fermer.

La figure 5 montre trois fils également enchevêtrés. Cette solidarité des fils rend beaucoup plus facile le rapproche-

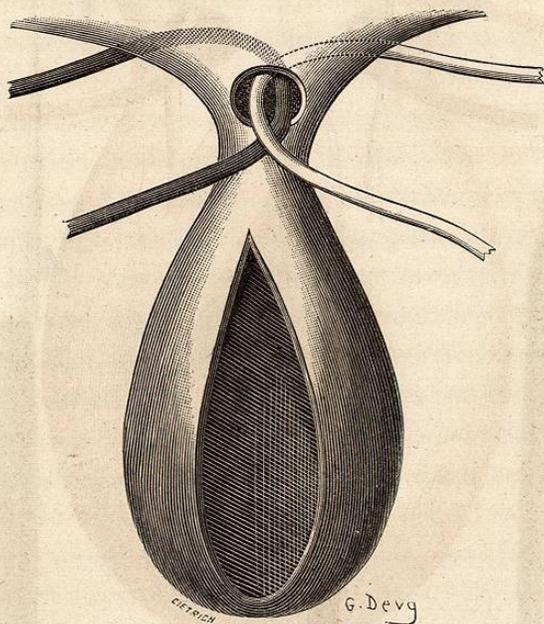


Fig. 4. — Sac herniaire avec ligature double.

ment artificiel de la séreuse et la rentrée du pédicule dans le ventre. On est de la sorte garanti contre le glissement des fils sur le pédicule qui est coupé très court.

La figure 6 montre cinq fils enchevêtrés. Tous les fils ont été passés de manière à se croiser et à se serrer sur la région antérieure du collet du sac, l'union de ces fils une

fois serrés sera intime. Elle évitera complètement la formation d'un godet supérieur. Ce sont là des types qui donnent une idée nette de ma-

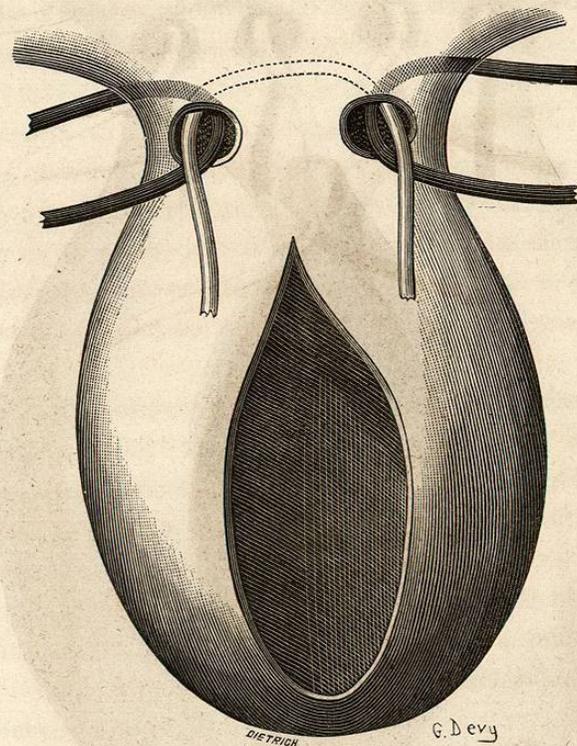


Fig. 5. — Sac herniaire avec trois ligatures en chaîne.

manière de procéder pour la fermeture du péritoine et qu'on devra modifier suivant les circonstances.

En lisant les observations, on verrait que j'ai eu l'occasion de faire avec succès ces diverses formes de ligatures multiples et enchevêtrées.

Pourcette extirpation du sac et pour les ligatures faut-il

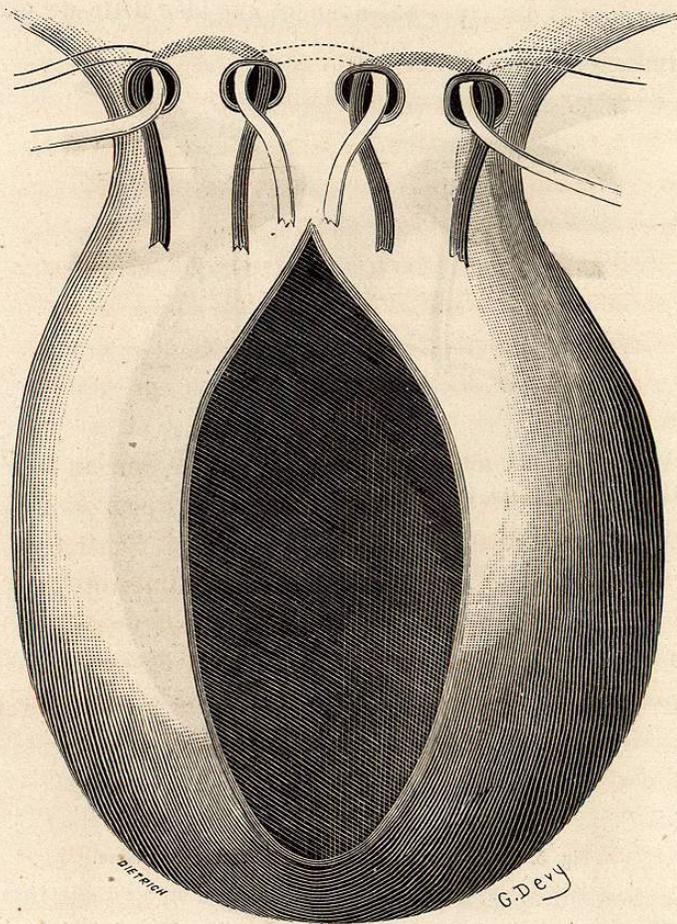


Fig. 6. — Sac herniaire avec cinq ligatures en chaîne.

ouvrir le sac? Cela dépendra des circonstances et j'ai suivi les deux pratiques. Mais en principe il vaut mieux ouvrir le

sac. S'il est très grand, on agira suivant ses inspirations à cet égard, parce qu'on le manipule aisément. Mais si le sac est de médiocre volume, ce deviendrait une pratique dangereuse d'opérer le sac fermé, il faut l'ouvrir quand même et cela n'influe en rien sur les chances de l'opération.

Une difficulté surgit dès que le sac a été ouvert; l'opérateur est exposé à perdre la paroi du sac, et s'il n'a pas bien repéré cette paroi à l'aide de pinces, ou bien il le perdra, ou bien sa dissection sera trop grossière pour être poursuivie suffisamment haut. C'est un fait très commun chez la plupart des opérateurs de hernie, et le défaut de ce détail opératoire est une des causes de la récurrence après la cure radicale.

*Nécessité d'une anesthésie irréprochable.* — Surtout si le sac est très grand, il faut une anesthésie parfaite pour accomplir ce temps difficile. S'il n'en était pas ainsi, l'opérateur serait constamment gêné par la poussée des intestins, par l'écoulement de sang, etc. Il faut que cette dissection minutieuse soit faite à blanc en quelque sorte et dans le calme le plus parfait. En dehors de cette résolution profonde on ne fera que des opérations irrégulières dont je voudrais détourner<sup>1</sup>.

1. Les figures schématiques ont été dessinées par M. Demelin, interne du service.