

## OBSERVATION IX

HERNIE INGUINALE DROITE, CONGÉNITALE, VOLUMINEUSE. — ACCIDENTS D'ENGOUEMENT. — CURE RADICALE. — GUÉRISON. — OPÉRATION RÉCENTE (Observation par M. Legry, interne du service).

Émile Richier, cordonnier, vingt-quatre ans, entré le 14 avril 1886, salle Nélaton n° 10.

Le nommé Richier a remarqué, il y a douze ans, qu'il avait une hernie; il porte un bandage depuis lors. Le 14 avril, à deux heures de l'après-midi, il éprouva une douleur vive et subite dans l'aîne droite et la partie correspondante de l'abdomen. En même temps apparaît la tumeur herniaire, qui augmente rapidement de volume jusqu'à trois heures.

Le malade est transporté à l'hôpital à sept heures du soir. Il a eu jusqu'alors deux vomissements alimentaires et bilieux. Il n'a pas eu de selles; il n'a rendu aucun gaz par l'anus. On constate l'existence, dans le scrotum et la région inguinale droite, d'une tumeur considérable, ayant le volume d'une grosse tête de fœtus, tumeur rénitente, irréductible et mate en certains points.

Le taxis a été tenté en ville pendant une demi-heure. Une nouvelle tentative de taxis faite le soir, à l'hôpital, avec le chloroforme, reste encore sans résultat.

Le lendemain matin, on apprend que la douleur, qui avait diminué à la suite de la chloroformisation, a reparu très vite dès minuit. Il n'y a eu dans la nuit qu'un seul vomissement. Toujours pas de selles. Sur les gaz il n'est pas très affirmatif. Toutefois la tumeur est volumineuse, très tendue, douloureuse.

Il est probable que, avec le repos et la glace, les accidents pourraient être conjurés. M. Championnière admet que ce n'est pas là un cas d'étranglement mais pense qu'il est plus sage de ne pas chercher des attermoissements et de profiter de la circonstance pour faire immédiatement une cure radicale que le patient désire beaucoup. Il pratique immédiatement l'opération.

L'opération est faite ce jour-là 14 avril le matin, vingt heures après le début des accidents.

*Opération.* — Incision cutanée sur la tumeur même, parallèle au canal inguinal, et répondant par son extrémité supérieure au canal. On arrive très rapidement sur le sac qui est incisé sur la sonde cannelée. On reconnaît alors que la hernie est congénitale, car le testicule est à nu à la partie inférieure du sac constitué par la vaginale. Dans ce sac est contenu un paquet volumineux d'anses intestinales présentant une coloration très rouge. L'étranglement est peu marqué, car le collet est facilement dilaté avec les doigts, et la réduction est facile après la section d'une bride fibreuse située au-dessous du collet. Une portion peu considérable d'épiploon est réséquée, après avoir été liée avec deux fils de catgut.

Le sac est coupé circulairement au-dessus du testicule et à une certaine distance de lui. Puis on dissèque la face externe de ce sac des parties voisines, et cela aussi haut que possible. Le sac ainsi libéré est fortement attiré au dehors, et son collet est lié à l'aide de deux fils de catgut entrecroisés. Puis il est coupé au-dessous de la ligature. La partie du collet située au-dessus remonte dans le ventre après avoir disparu dans le trajet inguinal. Quatre points de suture profonds sont alors jetés sur les parties molles. Les téguments sont suturés avec du crin de Florence. On place un gros tube qui plonge jusque dans la partie de la vaginale qui n'a pas été excisée et qui recouvre le testicule.

Pansement avec gaze iodoformée, poudre, sachets, éponge. Compresses pliées en huit et placées sur l'arcade crurale de façon à exercer de la compression sur le canal inguinal.

On a donné 80 grammes de chloroforme. L'opération a duré une heure.

17 avril. — Premier pansement. Un peu de sérosité seulement à la surface de la plaie. On retire quelques fils à suture. On change le tube et on en met un plus petit. Même pansement que le jour de l'opération.

20 avril. — Deuxième pansement. Même état de la plaie. Même pansement. On met encore un tube plus petit.

23 avril. — Troisième pansement. On coupe le reste des fils; le tube est supprimé. Même pansement.

27 avril. — Quatrième pansement. La moitié supérieure de la plaie est un peu désunie : il y a un tout superficiel écartement léger entre les lèvres de la plaie.

Pansement avec vaseline boriquée et sachets.

30 avril. — Cinquième pansement. On constate un sphacèle superficiel de la portion désunie. La couche sphacélée, d'ailleurs extrêmement mince, est excisée. Même pansement : mais une compression un peu moins forte est exercée sur le canal inguinal.

2 mai. — Sixième pansement. Bon aspect de la plaie qui désormais se répare régulièrement et sans autre incident.

Dès la fin de mai, il est facile de constater chez cet opéré les mêmes phénomènes que chez les précédents, la présence d'une masse cicatricielle remplaçant le trajet de la hernie, et assurant le maintien de la cure radicale. Il n'y a aucune témérité à affirmer que les conditions sont les mêmes que pour les opérés précédents ; la guérison est assurée dans ce cas comme dans la plupart des autres, aucun accident n'a traversé la cure.

Le patient est sorti le 5 juin muni d'un bandage Rainal et même est venu se montrer depuis.

#### OBSERVATION X

##### CURE RADICALE DE HERNIE NON ÉTRANGLÉE

Le nommé Frédéric Fickle, âgé de vingt-six ans, garçon d'écurie entré le 3 mai 1886, salle Lisfranc, n° 11, hôpital Tenon, service de M. Championnière.

Cet homme se présente à nous pour une large plaie contuse de la région externe de la cuisse gauche, plaie produite par une morsure de cheval.

Quelques jours après son entrée il fait observer qu'il porte dans l'aîne droite une tumeur peu volumineuse pour laquelle il demande qu'on lui fasse un bandage qu'il puisse endurer et qui le guérisse. Ce n'est que depuis deux ans que Fickle a remarqué la présence de cette grosseur qui augmente de volume par

moment, en même temps qu'elle devient douloureuse. Jamais elle n'a occasionné d'autre accident : mais aucun bandage ne peut être supporté.

A la partie supérieure des bourses du côté droit, on constate la présence d'une tumeur d'un volume équivalent à celui d'un œuf de poule, molle et ne pouvant être réduite dans l'abdomen. Le doigt pénètre dans l'anneau inguinal, et pendant les efforts de toux, il se fait une impulsion très nette.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic d'entéro-épiplocèle avec irréductibilité d'une masse épiploïque.

Dans ces conditions, l'application d'un bandage est difficile, douloureuse, inefficace. M. Championnière propose au patient de profiter du temps où sa blessure va l'immobiliser au lit, pour subir une cure radicale que l'irréductibilité indique. Fickle sera désormais à l'abri des accidents, on mettra un bandage qui sera facilement supporté, et il est bien probable, la hernie étant peu volumineuse et la paroi abdominale solide, que dans l'avenir il pourra bien arriver à supprimer le bandage. L'opération de cure radicale proposée au malade est pratiquée le 27 mai.

M. Championnière fait une incision parallèle au canal inguinal, sur son trajet et jusqu'à la racine des bourses. Il arrive sur le sac sans grande difficulté, mais l'adhérence de ce sac aux parties molles voisines est extraordinaire. Au milieu de ces parties fusionnées ensemble et en avant, se trouve le canal déférent qui est isolé très laborieusement.

L'épiploon contenu dans le sac est tiré en bas, puis lié avec deux ligatures en chaîne ; une anse intestinale a été réduite tout au début de l'opération. Une partie de la dissection du sac doit être terminée avec les ciseaux jusque dans le canal. La séreuse est assez isolée pour que des tractions méthodiques l'abaissent : ce temps est encore laborieux. Une double ligature en chaîne au catgut est placée, puis la section est faite au-dessous et le pédicule lié accomplit son mouvement de retrait dans la cavité abdominale.

L'adhérence du sac au tissu cellulaire est telle que la partie inférieure, dont la destruction importe peu, est laissée en place, et que la cavité ainsi formée sera drainée. Deux points de suture perdus sur les parties molles profondes, sutures de la peau aux

crins de Florence. Un gros tube est placé à la partie inférieure de l'incision.

L'opération a duré deux heures. Le chloroforme, de très mauvaise qualité, a été la cause de vomissements qui se sont produits dans la journée. Le soir 37°,7.

Le 28 mai au matin 37°,5. L'écoulement a été assez abondant pour traverser le pansement : on le change ; le tube est remplacé par un autre de calibre plus petit. Soir 36°,9.

Le 29. — 37°,3, 37°,2.

Le 30. — 37°,3, 37°,2.

Le 31. — Deuxième pansement, pas la moindre suppuration. Le tube est enlevé, on ne laisse que deux points de suture. 37°,2, 37°,2.

1<sup>er</sup> juin. — 36°,7, 37°,4.

2 juin. — 37°,2, 37°,4.

3 juin. — 37°,4, 36°,8.

4 juin. — 37°, 36°,7.

5 juin. — Troisième pansement. Les deux fils qui restaient sont enlevés. 37°, 37°.

6 juin. — 36°,8, 36°,8.

7 juin. — 37°, 36°,8.

8 juin. — 36°,6, 37°.

9 juin. — 36°,7, 37°,2.

10 juin. — 37°,8, 37°,2.

11 juin. — 36°,8, 37°,2.

12 juin. — Quatrième pansement. Lint et vaseline boriquée; il ne reste plus qu'une toute petite plaie insignifiante. 36°,8, 37°.

13 juin. — 36°,6, 37°,2.

14 juin. — 36°,8, 37°.

15 juin. — 36°,6, 36°,8.

16 juin. — 36°,8, 37°.

17 juin. — 36°,8, 37°,2.

18 juin. — 37°, 36°,9.

19 juin. — 37°, 37°,2.

20 juin. — 36°,9, 37°,3.

21 juin. — 37°,2, 36°,8.

22 juin. — 37°, 37°.

Le 27 juin, départ du malade porteur d'un bandage spécial.

Durant toute cette période, l'état général a toujours été excellent. Le jour du départ, on constate, dans toute l'étendue du trajet inguinal, une masse dure, dessinant exactement ce trajet.

Pendant ce mois consacré à la cure radicale, la morsure de cheval est guérie. Encore, au moment du départ, y avait-il une petite plaie; de telle sorte que la cure radicale a demandé moins de temps et d'immobilisation que l'accident indépendant pour lequel le malade était entré.

Ce cas est très remarquable par les difficultés éprouvées d'une façon tout à fait imprévue. La hernie étant petite et peu ancienne, on ne devait pas les attendre; cependant elles étaient telles que M. Championnière estime qu'un opérateur peu habitué aurait couru grand risque au moins de blesser le canal déférent, et pense que s'il avait rencontré au début de ses opérations de semblables difficultés, il aurait probablement fait une opération très imparfaite.

Malgré les difficultés d'une opération qui a duré près de deux heures, les suites ont été des plus simples.

Quant au résultat final, il est absolument identique aux précédents, et le maintien de la cure doit se faire dans les conditions les plus favorables.

## CURE RADICALE DE

## HERNIES NON ÉTRANGLÉES.

NOMS	AGE	DATE de L'OPÉRATION	CAUSES DE L'OPÉRATION	NATURE DE LA HERNIE
I. PITIÉ (Philippe)...	21 ans.	16 juin 1881.	Incoercibilité. Douleur.	Hernie inguinale gauche avec épanchement liquide. Varicocèle.
II. BERTIN (Maria).....	30 ans.	5 juil. 1881.	Gêne et douleurs dues à l'énorme tumeur incoercible formée par la hernie.	Hernie inguinale droite énorme.
III. ANTONIA (Lambert).	32 ans.	1 <sup>er</sup> sept. 1881.	Douleur et irréductibilité. Port du bandage impossible.	Hernie crurale gauche.
IV. PITARELLI (Pierre).	27 ans.	22 août 1882.	Incoercibilité, puis irréductibilité.	Entéro-épiplocèle inguinale gauche, congénitale avec hydrocèle.
V. BUFFETEAU (Maria).	38 ans.	23 janv. 1885.	Irréductibilité datant de 23 jours.	Entéro-épiplocèle inguinale droite.
VI. PICARD (Alphonse).	43 ans.	9 juil. 1885.	Infirmité due à un volume énorme de la hernie qui est réductible mais incoercible.	Hernie scrotale droite énorme, incoercible.
VII. LACAZE (E).....	46 ans.	10 sept. 1885.	Douleur. Irréductibilité. Port du bandage impossible.	Hernie inguinale gauche congénitale, irréductible déterminant des coliques constantes.
VIII. BELSON (Joseph).	48 ans.	31 déc. 1885.	Douleur. Irréductibilité. Légère inflammation.	Hernie inguinale épiploïque droite, irréductible et douloureuse.
IX. RICHIER (Emile)..	24 ans.	14 avril 1886.	Engouement.	Hernie inguinale droite congénitale, volumineuse, engouée.
X. FICKLE (Frédéric)..	26 ans.	27 mai 1886.	Irréductibilité. Douleur.	Hernie inguinale droite irréductible.

DATE A LAQUELLE LE MALADE A ÉTÉ REVVU	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
Sept. 1882. 12 juin 1883. 15 mai 1886.	Guérison. Le maintien de la cure est complet. Légère impulsion <i>au-dessus</i> de la cicatrice, mais aucune tendance à la sortie de la hernie.	Même aspect le 15 mai 1886.
1882-1885. 18 mai 1886.	Cure parfaite sans impulsion. Cicatrice semblant plonger dans le canal inguinal. Guérison observée cinq ans après l'opération.	Énorme hernie descendant jusqu'au genou. Résection d'un très grand sac cutané, puis d'un sac séreux. Autoplastie. 31 points de suture superficiel.
Plusieurs fois, la dernière en 1886.	Persistance de la cure pendant six mois, puis récidive à la suite d'une bronchite très intense compliquant une grossesse. La hernie nouvelle est réductible, indolore, et bien contenue par un bandage.	Opération incomplète, à cause de l'adhérence de l'intestin au sac péritonéal.
6 oct. 1882-1883.	Persistance de la cure radicale observée au bout de six mois. Pas d'impulsion.	Résection d'une énorme masse d'épiploon. Port du bandage assez irrégulier.
Décembre 1885.	Persistance de la cure radicale observée dix mois après l'opération.	Fièvre et ictère après l'opération. Guérison. Port du bandage très irrégulier.
Janvier 1886.	Succès complet constaté sept mois après l'opération. Nouvelles après un an.	1 <sup>o</sup> Opération sur la partie supérieure du sac pour la cure radicale. 2 <sup>o</sup> Opération pour enlever la partie inférieure du sac restée en place lors de la première.
Dix mois après l'opération.	Guérison parfaite. Cure radicale constatée dix mois après l'opération.	Excision de 135 grammes d'épiploon.
Dix mois après l'opération (juin 1886).	Guérison parfaite, pas d'impulsion. Cure constatée six mois après l'opération.	
Quatre mois.	Guérison constatée quand le malade est revenu se faire voir.	Le malade porte bien son bandage.
Deux mois.	Guérison. Canal comblé par un tissu de cicatrice solide.	Opération longue et laborieuse à cause des adhérences du sac aux tissus voisins.