

comptés ; c'est une affaire de quelques mois ; la question de beauté devient ainsi très secondaire. D'ailleurs lorsque je fais la transplantation du sein, c'est une plaie énorme que j'ai à recouvrir : que je prenne mon lambeau ici ou là, ce sera toujours une cicatrice ajoutée à une autre : le thorax sera toujours déformé et l'esthétique sacrifiée par n'importe quel moyen.

D'ailleurs, je ne viens pas vous recommander ce procédé pour toutes les amputations du sein : je crois au contraire qu'il n'a que des indications très exceptionnelles. Dans la grande majorité des cas vous pouvez réunir la plaie directement en tirant un peu ou beaucoup sur les bords pour les amener au contact. Mais quand vous aurez affaire à des cancers très étendus, pour lesquels une large surface cutanée doit être supprimée, quand surtout vous avez à opérer une récidive, vous ne trouverez plus assez d'élasticité à la peau voisine pour qu'elle puisse recouvrir totalement la plaie que vous avez créée. C'est alors qu'il y a avantage à prendre là, tout à côté de cette plaie, sur le sein opposé, cette peau inutile et exubérante, qui ne demande qu'à recouvrir utilement la surface cruentée adjacente.

Voilà les cas dans lesquels vous aurez à utiliser avec avantage ce procédé, et vous y aurez surtout recours, dans les cas où la mamelle saine affecte ces dimensions excessives que l'on voit souvent chez les femmes âgées et qui par l'étendue de sa surface cutanée vous fournira précisément toute l'étoffe nécessaire.

C'est pour ces raisons que sur notre malade j'aurai recours à cette autoplastie si comme je le pense la réunion naturelle est impossible, et j'espère que j'en obtiendrai ici les bons résultats que j'en ai eus chez une autre malade.

N. Conformément à ces indications, l'opération a été pratiquée après la clinique.

La glande fut enlevée avec une grande étendue de peau, les ganglions axillaires furent enlevés en même temps que la tumeur ; les muscles pectoraux furent supprimés également, et pour réunir l'énorme plaie résultant de cette exérèse étendue, le sein du côté opposé fut mobilisé et adapté à la surface cruentée.

La réunion se fit par première intention sauf au niveau de l'angle supérieur du lambeau où il y eut un petit point de sphacèle. La malade quittait l'hôpital six semaines après l'opération.

ABDOMEN ET HERNIES

I

LES RÉCIDIVES DE LA HERNIE INGUINALE

- I. Statistique et étude de 27 cas de récidive de hernie inguinale. La récidive provient de la *hernie*, du *sujet*, ou de l'*opérateur*.
 - II. *Du côté de la hernie*, le volume, l'irréductibilité, l'adhérence plus que la situation ou l'étranglement sont facteurs de récidive : la congénitalité est une circonstance plutôt favorable.
 - III. *Du côté du sujet*, c'est à l'âge adulte que les récidives apparaissent plus fréquentes. Réserves à ce sujet. Importance prédominante de l'état de la paroi, de la tonicité musculaire.
 - IV. *L'opération* est un facteur de récidive par les fautes commises pendant ou après, par le chirurgien ou le malade. La suppuration, l'hémorragie, le lever trop hâtif exposent presque fatalement à la récidive. Utilité du bandage dans les premiers temps.
- Étude comparative des procédés de cure radicale inguinale. Nécessité de la réparation de la paroi postérieure du trajet inguinal à l'aide de fils non résorbables.

MESSIEURS,

De nos jours, l'opération de la hernie est devenue une cure vraiment radicale : les deux termes sont aujourd'hui synonymes, et ce n'est que justice. L'opération, en effet, assure presque toujours au malade une guérison définitive ; une bonne cicatrice remplacera désormais le bandage autrefois nécessaire. L'opéré pourra sans entrave se livrer aux nécessités, parfois dures, d'un métier fatiguant, et l'opération est donc bien, en fait, une cure radicale.

Et cependant, on voit quelquefois des récidives à la suite de l'opération : on les voit à l'ombilic, où la hernie, d'ailleurs très commune, est toujours difficile à bien réparer chez un sujet trop gras. On les voit encore à la région crurale, en cette région où la disposition des tissus fibreux complique beaucoup l'oblitération de l'anneau. On les voit enfin à la région inguinale, là où l'adaptation facile des canaux aponévrotiques de la paroi devrait, à ce qu'il semble, assurer aisément l'effacement du trajet de la hernie. Et ces récidives inguinales, quoique rares, ne sont pas exceptionnelles.

Un de nos malades nous en offre en ce moment un exemple : son histoire est peut-être intéressante, elle est sûrement instructive. Étudions-la.

I

Notre malade a trente ans; il exerce la profession de mécanicien; depuis trois ans, il portait, à droite, dans la région inguinale, une hernie petite, peu douloureuse, réductible et d'abord facile à contenir; un bandage appliqué chaque matin la maintenait réduite, et notre homme, avec le secours de son appareil, pouvait se livrer à ses occupations journalières. Mais voici que peu à peu la hernie progresse, le bandage ne la maintient pas aussi facilement, elle sort à chaque effort; à la rentrer, on éprouve désormais quelque difficulté. Et ce malade vient à l'Hôtel-Dieu et demande à être opéré de sa hernie. Ceci se passait l'année dernière.

L'opération fut faite sans incident; sans doute, étant endormi, il n'a rien su des difficultés qui auraient pu se présenter. Mais comme la hernie était réductible et de petit volume, nous avons toute raison de penser que l'opération fut simple, régulière et facile. La réunion s'effectua sans suppuration, et trois semaines après l'opération, soit exactement vingt-six jours après, le malade partait guéri, sans bandage, à Vincennes.

Nous le retrouvons le 13 juillet dernier; il venait nous montrer du même côté une hernie, revenue déjà grosse sous la cicatrice de l'année dernière. Voici ce qui s'était passé.

A la suite de l'opération, il avait repris son métier, et travaillé avec courage. Au début, tout marchait à souhait, il ne sentait aucune douleur locale, était apte à tous les travaux fatigants et pénibles. Mais environ six mois après son opération, il remarqua que par la toux, une légère impulsion se faisait au niveau de la cicatrice; l'impulsion se précise, s'accroît, une tumeur apparaît, elle est intermittente, s'efface et revient. Il n'y a plus de doute: c'est bien une hernie.

Et en effet, dans la région inguinale droite, sous l'ancienne cicatrice, se dessine une tumeur du volume d'une orange, qui sort par l'effort et rentre brusquement. La hernie ne descend pas encore dans le scrotum. Le doigt qui s'enfonce en la refoulant dans la région inguinale perçoit comme une perforation, sous des épaissements fibreux adhérents à la peau.

Et cependant la paroi est bonne, la musculature solide; la région

inguinale de l'autre côté ne présente aucun soulèvement, le sujet est d'ailleurs jeune; rien n'explique cette récurrence rapide.

Le malade demandait à être débarrassé à nouveau de sa hernie; il réclamait une seconde opération: je ne voyais aucune raison de la lui refuser, j'en voyais beaucoup à la lui accorder. Une hernie, à cet âge, est destinée fatalement à croître, à augmenter, à devenir douloureuse, irréductible; comme je ne trouvais pas la raison de ce retour imprévu dans une défectuosité de la paroi abdominale, même après la récurrence, je devais opérer.

L'opération a été faite mercredi dernier, et voici les particularités intéressantes que j'y ai rencontrées.

Sous la peau, et faisant corps avec elle, je trouve un tissu fibreux cicatriciel, confondu en arrière avec la paroi abdominale; c'est la paroi antérieure du canal inguinal. Au-dessous, paraît le sac séreux, que j'ouvre; il est vide, je le sépare des parties voisines, et l'excise au-dessous d'une solide ligature. J'examine ensuite la partie postérieure du canal inguinal, et je la vois effondrée, amincie comme il arrive toujours dans les hernies: entre le bord externe du droit doublé des aponévroses, et le bord postérieur de l'arcade crurale, il est un écart, que comble seul le fascia transversalis doublé du péritoine.

Mais, et c'est ici surtout que j'attire votre attention, il n'y a à ce niveau, sur cette paroi, aucune trace de cicatrice, de néoformation, ni même de suture. En voyant cette surface lisse, où toutes les fibres se définissent aisément, on ne dirait pas qu'une opération a été faite dans cette région; il n'est aucune différence avec ce que serait la paroi postérieure d'un canal inguinal herniaire, vierge d'opération. De telle sorte que: ou bien l'année dernière il n'y eut pas de sutures placées à ce niveau au cours de l'opération, et la réparation de la paroi postérieure n'a pas été tentée: ou bien, si des sutures ont été placées, elles n'ont laissé aucune trace et n'ont provoqué aucune cicatrisation.

C'est ce qui arrive souvent, je le pense, quand on fait au catgut cette réparation de la paroi postérieure: le catgut se résorbe trop vite, les tissus fibreux mis en contact se séparent, ils ne sont plus réunis, et l'opération y perd un de ses temps les plus importants, la réparation de la paroi postérieure.

Pour parer à cette éventualité, j'ai reconstitué cette paroi postérieure du canal inguinal à l'aide de cinq crins de Florence, qui maintiendront longtemps en contact les parties réunies, et terminent l'opération comme d'habitude.

Peu de temps avant, j'avais eu à opérer un malade dans des conditions à peu près analogues ; il s'agissait d'un individu de quarante-cinq ans qui, porteur depuis dix ans d'une hernie inguinale droite, avait été opéré quatre mois auparavant par un de nos collègues. L'opération avait été facile et normale, et un mois après, ce malade revenait à ses occupations.

Mais trois mois à peine s'étaient écoulés, que la hernie reparaisait, moins volumineuse, il est vrai, mais nettement appréciable. Je vois ce malade, il me demande de l'opérer, et je l'opère à nouveau.

Sous la peau, au milieu de ce tissu fibreux cicatriciel qui forme la paroi antérieure avivée du canal inguinal, je trouve encore une série de fils d'argent ; la hernie est au-dessous, la paroi postérieure du canal inguinal est effondrée et donne passage à la hernie. Mais ici encore, je ne vois rien qui ressemble à une cicatrisation ni à une suture. Les fibres du tendon conjoint sont séparées, mais nettement isolables ; de ce côté, il n'y a pas traces d'avivement ni de cicatrice. Et je suppose encore qu'on n'a pas fait de suture à ce niveau ; ou, s'il y en eut, elles ne furent pas efficaces. Je réparai cette déféctuosité : je reconstituai avec un soin tout particulier la paroi postérieure, je suturai par plusieurs crins de Florence le tendon conjoint à l'arcade crurale, et après avoir excisé le tissu cicatriciel qui correspondait à la paroi antérieure, je suturai au-devant du cordon ce que je trouvai de l'aponévrose du grand oblique.

Voilà donc deux récurrences de hernies inguinales, qui, dans l'espace de quelques jours, ont passé sous nos yeux, et que j'ai dû opérer à nouveau.

Deux faits isolés ne peuvent rien prouver ; les récurrences de hernie n'ont de valeur, elles ne permettent de tirer des conclusions précises que lorsqu'elles émanent de la pratique d'un seul chirurgien. Dans une statistique, la proportion des récurrences permet de juger la pratique ou d'apprécier la méthode de l'opérateur. Mais lorsque les récurrences sont puisées à des sources multiples et à des pratiques différentes, elles ne permettent que des appréciations très générales sur l'opération de la cure radicale.

Depuis quelques années, je me suis attaché à examiner minutieusement et à analyser toutes les récurrences de hernies inguinales qui se sont offertes à moi. Dans une grande consultation, comme celle de l'Hôpital Saint-Louis, où il passe par an plus de 40.000 malades, j'ai pu recueillir en cinq ans 25 observations de récurrences inguinales

d'origine différente. En y ajoutant les deux observations précédentes, je me trouve en possession de 27 cas, et je voudrais, de leur analyse et de leur comparaison, essayer de déduire quelques réflexions générales sur certaines des conditions qui font la récurrence et sur les moyens de la prévenir et de l'éviter.

Et tout d'abord quelle est la *fréquence* de la récurrence après la cure radicale des hernies inguinales ? Cela est très difficile à apprécier, et les faits que je vous apporte ne vous diront rien à ce sujet. Cette question ne peut être définie que par les statistiques personnelles, et celles-ci ne sont même pas d'une valeur rigoureuse et absolue ; un malade qui récurrence ne s'adresse pas nécessairement au chirurgien qui l'opéra la première fois, et celui-ci peut très bien ignorer les conséquences éloignées de son opération.

Aussi bien toutes les évaluations faites à ce sujet ne sont-elles que très approximatives. Les uns comme Delbet évaluent la proportion de leurs récurrences à 2 ou 3 p. 100 ; les autres l'évaluent à 10 p. 100. Je ne suis pas à même de vous fournir sur ce point une opinion personnelle ? Je me contenterai de constater et de reconnaître que la proportion des récurrences va diminuant chaque jour, au fur et à mesure que se perfectionne la technique et l'expérience de chacun.

L'*époque* à laquelle se produit la récurrence est très variable. Dans nos observations, la récurrence la plus rapide se produisit un mois après l'opération, la plus tardive ne se montra que sept ans après. Ce sont les deux extrêmes, entre lesquels je trouve 2 fois la récurrence à deux mois, 2 fois la récurrence à trois mois ; le maximum de fréquence s'étend de six à neuf mois. Au-delà de ce terme, la récurrence devient de plus en plus rare : j'en compte encore 2 à deux ans, il n'y en a plus qu'une par année jusqu'à sept ans. Et cela se comprend : la cure radicale qui a été déféctueuse doit tout de suite, de bonne heure au moins montrer, son défaut ; et par contre, lorsque pendant les dix-huit premiers mois l'efficacité de l'opération s'est montrée très bonne, il y a de justes raisons pour que, plus tard, la cicatrice continue à résister et que le résultat reste favorable.

Ce qui nous intéresse bien davantage, c'est de rechercher et de savoir les causes et le pourquoi des récurrences après l'opération. Quels sont les facteurs de l'insuccès thérapeutique ? Qu'est-ce qui fait qu'ici l'opération réussit à merveille et que là elle aboutit après quelques mois à un échec complet ? Voilà ce que je veux connaître, car de

cette notion seulement nous pourrions tirer une conclusion utile et pratique.

La récurrence vient de trois sources : elle vient de la hernie, du sujet, ou de l'opération.

II

Et d'abord, *la hernie!* toutes les hernies ne sont pas égales, vous le savez, elles ne le sont pas surtout devant l'opération : il en est de grosses et de petites, il en est de congénitales et d'acquises : à chacune correspond une lésion anatomique spéciale, pour chacune l'opération est différente, et le résultat ne saurait être toujours également favorable.

La *situation* de la hernie, n'a toutefois aucune importance : qu'elle siège à droite ou à gauche, la hernie a à peu près autant de chance de revenir. La récurrence est peut-être un peu plus fréquente (16 fois à droite contre 11 à gauche), mais les hernies sont plus fréquentes de ce côté, il est donc juste que la récurrence s'y voie un peu plus souvent.

La nature de la hernie a beaucoup plus d'influence ; suivant qu'elle est acquise ou congénitale, la hernie, en effet, n'est pas également apte à récurrence. De l'avis de tous, les hernies acquises récidivent plus souvent : ici, en effet, la paroi est défectueuse, son insuffisance préexiste et survit à la hernie ; elle persiste, et apporte à la récurrence des conditions toujours favorables. Pour les hernies congénitales, il en est autrement : ici la hernie a sa raison dans la persistance d'un conduit vagino-péritonéal mal formé, mais le sujet est plus jeune, les tissus plus résistants, la paroi meilleure ; la hernie n'est plus qu'une difformité locale, et une fois disparue, il n'y a pas de raisons, ou il y a moins de raisons pour que la hernie revienne. A égalité de volume, la récurrence sera toujours plus rare pour les hernies congénitales que pour les hernies acquises.

Mais les hernies congénitales peuvent récidiver, comme les acquises ; et sur mes récurrences, huit fois il s'agissait de hernies congénitales. Celui de mes malades qui a eu le plus grand nombre de récurrences, était précisément atteint d'une hernie congénitale : son histoire est vraiment curieuse.

A quinze ans, il avait une hernie à droite : elle vient après un effort, mais d'emblée elle a eu un gros volume, celui d'un œuf de

poule, et ce caractère, joint à l'âge du malade, nous permet, en l'absence de toute constatation anatomique, de dire de cette hernie qu'elle est congénitale. Le malade ne porte pas de bandage, la hernie progresse et, au bout de sept ans, elle a le volume du poing. On l'opère, et, au bout de trois semaines, le malade sort guéri, malgré qu'il y ait eu un peu de suppuration.

Au bout de trois mois, malgré un bandage, voici que la hernie reparait ; elle augmente et force le malade à rentrer, six mois après la première opération, à l'hôpital Tenon, pour y être opéré à nouveau.

L'opération est faite par un interne : elle guérit bien et vite. Par précaution le malade porte un bandage, qu'il abandonne au bout d'un an.

Seconde récurrence après quatorze mois. Nouvelle opération à Saint-Louis, et guérison sans complication.

Ce n'est pas fini : six mois après, la hernie revenait encore, du volume d'un œuf de poule ; et le malade en se présentant à moi me contait l'histoire intéressante que je viens de vous dire.

Pour la production de ces récurrences successives, la congénitalité n'a eu sans doute qu'un rôle accessoire et secondaire, d'autres influences ont agi, mais il n'est pas moins utile de constater que des hernies, même congénitales peuvent récidiver au moins plusieurs fois de suite.

Ces jours-ci, je retrouvais encore un malade qui deux fois récidivait en trois ans d'une hernie congénitale droite : il n'a que vingt ans. Sa hernie est apparue à dix-sept ans ; on l'opère peu de temps après ; elle était congénitale, le chirurgien le lui a dit. Il porte un bandage ; huit mois après, la hernie est revenue. En mai 1900 on l'opère à nouveau ; il guérit sans suppuration. Trois mois après, nouvelle récurrence, et actuellement il a à droite une hernie du volume d'un œuf de pigeon. Mais la paroi abdominale est effondrée en bas ; à gauche, je vois la distension de l'aîne se faire sous l'effort, les muscles et les aponévroses sont dépourvus de la tonicité suffisante. Il en était ainsi dès le début, chez ce malade, et une cause de dénutrition a frappé de stérilité l'opération d'une hernie congénitale qui, chez un autre sujet et dans d'autres conditions aurait dû guérir complètement en une fois.

Le *volume* de la hernie influe beaucoup sur l'avenir de l'opération : les grosses hernies constituent toujours une condition très défavorable :