

à la hernie volumineuse correspond toujours un anneau large, et l'anneau large, c'est en général le canal effondré, c'est une brèche substituée à une paroi, une brèche dont la réparation sera toujours difficile à assurer exactement. Aussi je regarde à deux fois avant d'opérer une grosse hernie chez un individu qui n'est plus très jeune ; et même chez des jeunes, je crains la récurrence pour les grosses tumeurs. Sur mes 27 récurrences, je compte six grosses hernies, six seulement dont le volume atteignait celui d'une tête de fœtus : ce n'est pas beaucoup. C'est donc qu'à côté du volume, il y a bien d'autres causes susceptibles de peser lourdement sur la valeur thérapeutique de l'opération.

De ce nombre est encore l'*irréductibilité* de la hernie : il n'est pas douteux que les adhérences ne constituent pour une hernie une condition déficiente et pour l'instant et pour l'avenir.

Et par adhérences, je n'entends pas les petites adhérences pariétales épiploïques ou intestinales ; je veux surtout parler des adhérences dites charnues naturelles, des adhérences par glissement, dans lesquelles le sac séreux du gros intestin est descendu dans la hernie avec ses mésos. Ces adhérences constituent une difficulté considérable pour le chirurgien, la paroi doit être souvent incisée sur une grande longueur, elle est mal ou insuffisamment réparée, et le malade est exposé à garder là un point faible d'où naîtra la récurrence.

L'*étrangement* au contraire, malgré les conditions déficientes dans lesquelles l'opération est parfois pratiquée, d'urgence, la nuit, avec un personnel restreint et cette installation déficiente que la plupart des services nous offrent pour opérer la nuit, l'*étrangement* ne figure que 2 fois dans la statistique que je vous rapporte.

Et en résumé, sur 27 récurrences de hernies inguinales, je ne trouve guère dans la hernie elle-même, la raison de ce retour imprévu. A part quelques cas, ces hernies avaient un volume moyen, elles n'étaient pas irréductibles et n'ont pas — autant que j'en puis juger à distance — présenté de difficultés opératoires considérables.

### III

*Du côté du sujet, l'âge* a certes, une influence de premier ordre : chez le vieillard, la paroi amoindrie, dépourvue de tonicité, n'a plus la résistance voulue ; la hernie, souvent ancienne, a eu le temps de devenir volumineuse, et il y a là deux conditions : insuffisance de la

paroi et volume de la hernie, qui s'associent pour faire la récurrence plus fréquente à cet âge. Mais les vieillards n'ont pas seuls le privilège de la récurrence, et je ne vois sur ma liste aucun malade qui ait dépassé soixante ans. J'y vois aussi que le maximum de la récurrence ne se produit pas chez les gens les plus âgés.

Je trouve en effet :

3 récurrences au-dessus de trente ans.

9 — de trente à quarante ans.

6 — de quarante à cinquante ans.

4 — de cinquante à soixante ans.

Ainsi c'est à l'âge adulte que se voit le maximum de la récurrence : il est à cette prédilection plusieurs motifs.

D'abord, les adultes forment le plus fort contingent des cures radicales : c'est à cet âge qu'on est le plus gêné par la hernie, c'est à ce moment que le chirurgien l'opère plus volontiers. Pour les vieillards, on a tendance à temporiser, on ne les opère pas tous, et c'est avec raison.

Ensuite, même opéré, l'adulte est plus que tout autre, exposé par les difficultés et les efforts de sa profession, à faire réparaître sa hernie : enfin récidiviste, il a plus qu'un autre, intérêt à se débarrasser à nouveau d'une infirmité gênante, et alors qu'en pareil cas, le vieillard se contenterait de porter en silence un bandage pour ses vieux jours, l'adulte revient tenter à nouveau les chances d'une bonne opération.

En même temps que l'âge, d'ailleurs, *l'état de la paroi* exerce son influence sur l'avenir, comme sur l'origine de la hernie. Il est à ce point de vue des jeunes qui sont déjà vieillies, comme il y a des vieux qui restent jeunes : il est des individus encore jeunes dont la paroi abdominale effondrée, sans tonicité de ses muscles ni de ses aponévroses, n'a plus de résistance, — je vous en ai cité un exemple — alors que chez des vieillards on trouve parfois encore cette paroi solide et bien conformée. Ceux-ci sont peu propices ou réfractaires à la récurrence : ceux-là au contraire, ont tout ce qu'il faut pour favoriser la réapparition de la hernie.

Exemple : un homme de trente-trois ans fut opéré, il y a dix ans, pour une double hernie, il n'avait, à ce moment que vingt-trois ans. A droite, la hernie avait le volume d'une tête d'adulte, à gauche le volume du poing. Les deux opérations furent faites successivement, à quinze jours d'intervalle. Le malade continue par précaution à porter un bandage, et cependant la récurrence se produit des deux côtés :

elle est survenue à droite cinq ans après l'opération, puis bientôt après à gauche. A droite la hernie a à peu près le volume qu'elle avait avant l'opération, le volume d'une tête fœtale; à gauche, elle a le volume d'une orange.

Pourquoi cette double récurrence ? Les anneaux ou leurs analogues actuels sont très larges, la paroi abdominale est flasque; par la toux, des saillies latérales se dessinent de chaque côté des hernies, au-dessus de l'arcade de Fallope; les muscles sont insuffisants, la paroi est mauvaise, elle l'était déjà lors de la première opération, et le chirurgien qui opérait avait annoncé à ce malade qu'il récidiverait des deux côtés.

Voilà, Messieurs, l'influence de la paroi sur l'avenir de nos opérés; elle est telle que je n'hésite pas à dire : mieux vaut une grosse tumeur avec une bonne paroi que de mauvais tissus avec une petite hernie.

#### IV

Après la hernie, après le sujet, voici maintenant l'opération qui se présente comme le facteur de la récurrence dans certains cas; et je crois même qu'elle est souvent à incriminer. Une opération bien faite même sur une hernie difficile donnera une guérison parfaite et durable; au contraire une mauvaise opération même sur une bonne hernie ouvre la porte à la récurrence, si même elle ne la prépare pas directement.

Quelles sont donc les fautes à éviter ?

Ces fautes, Messieurs, viennent de l'opérateur ou de l'opération, et en les étudiant devant vous, je veux en déduire pour vous des conclusions pratiques et un enseignement utile. Je ne citerai d'ailleurs aucun nom, et j'apprécierai ces documents à un point de vue très général et tout à fait impersonnel.

Du côté de l'opérateur, je note d'abord le défaut d'asepsie, l'infection de la plaie, la suppuration; c'est une condition très défectueuse pour le succès de l'opération, et de cette faute, l'opérateur est seul responsable. Sur les 27 cas que je cite, il en est quinze pour lesquels il y eut infection de la plaie et suppuration pendant quelques jours ou quelques semaines. La proportion est énorme et très frappante; les récurrences les plus rapides, celles qui se sont produites au bout d'un mois chez un malade, au bout de deux mois chez l'autre, sont survenues alors que la plaie suppurait encore. Comment la suppuration

favorise-t-elle la récurrence ? Il vous sera facile de le comprendre, si vous voulez bien considérer que la cure radicale est une restauration plastique de la paroi à l'aide de sutures combinées. La suppuration détruit les sutures, annihile l'effet de l'opération, et la paroi désorganisée par l'infection se retrouve dans des conditions parfois plus défavorables encore qu'avant l'opération.

Voyez par exemple ce malade de quarante-trois ans, qui est opéré en 1897 d'une hernie inguinale droite étranglée : il guérit, mais se lève trop tôt et quitte l'hôpital au bout de quinze jours. Un an après, il récidive : on l'opère à nouveau : mais il y a infection, pendant six semaines la plaie suppure. Eh bien, actuellement, un an après la seconde opération, on trouve au-dessous de la cicatrice inguinale un trou dans la paroi, une perforation dans laquelle trois doigts au moins peuvent s'enfoncer, et à travers laquelle l'intestin fait hernie sous l'influence de la pression abdominale.

Voilà le résultat de la suppuration : désunion des plaies, destruction des sutures, destruction partielle des couches superposées, et enfin constitution d'un tissu fibreux sans résistance pour lutter inégalement contre une poussée abdominale vigoureuse.

D'autres accidents que la suppuration, sont encore capables de détruire le résultat de l'opération. Telle est par exemple l'hémorragie, l'hématome, qui dérange la suture, force quelquefois le chirurgien à rouvrir la plaie, et expose celle-ci à l'infection immédiate ou secondaire.

C'est ce qui se voit sur un des malades dont je trouve l'histoire dans mes notes : quatre ans après une cure radicale faite à Saint-Louis, il récidivait. La hernie devient vite aussi gênante que la première fois; il entre à Tenon, on l'opère à nouveau : mais le soir de l'opération, une hémorragie se fait sous le pansement. L'interne de garde doit défaire les sutures, chercher au milieu d'un volumineux hématome le vaisseau qui saigne : il ne parvient pas à le découvrir, fait un tamponnement à la gaze et la plaie guérit lentement. Deux mois après la hernie était revenue, et lorsque je voyais le malade deux ans après la seconde opération, elle avait le volume des deux poings.

De même encore, l'ouverture de la vessie constitue une complication pour le moins inutile et susceptible de compromettre le résultat définitif : si on fait un drainage, j'entends un drainage profond, ou si une fistule se déclare, la réparation ne se fait que secondairement,

et c'est encore un prétexte à la récurrence ; un de nos malades n'a dû, je pense, sa récurrence rapide qu'à un accident de ce genre.

Alors même qu'il n'y eut pendant l'opération aucune faute, aucun incident, alors même que les suites opératoires se présentent immédiatement très favorables, certaines imprudences sont de nature à compromettre bien vite le bénéfice encore imparfait d'une opération trop récente. Ainsi *le lever trop hâtif* a été chez quelques malades, l'occasion de la récurrence : un de mes malades se lève au onzième jour ; trois mois après, il est en récurrence. Un autre dont j'ai déjà parlé plus haut, se levait au quinzième jour ; un an après, sa hernie était aussi volumineuse qu'avant.

Un troisième est opéré d'une hernie inguinale droite et se lève au bout de onze jours : on enlève les fils et le malade quitte l'hôpital le lendemain, douze jours après la cure radicale. Trois mois après, la hernie était revenue. Or avant la récurrence, il avait été opéré à gauche d'une hernie semblable comme volume à la première : la plaie suppure ; malgré cela, cinq ans après, quand je vois le malade, il a à gauche une bonne cicatrice, à droite une hernie inguino-scrotale du volume d'une orange. Voyez ici l'influence du lever prématuré : il fut plus nuisible que la suppuration.

C'est là sans doute une faute dont le malade après tout est plus responsable que le chirurgien ! mais il faut en connaître la gravité pour en prévenir les conséquences. Il est impossible que dans l'espace de dix à quinze jours, soit encore effectué ce travail d'union et de solidification des plaies, qui exige plusieurs semaines pour se parfaire : le lever hâtif oppose à la fragilité d'un contact trop récent, l'effort de la pression abdominale.

Après une cure radicale, je n'admets pas qu'on puisse se lever avant le vingtième jour : je ne pense même pas que la cicatrice profonde soit, à ce moment là, très solide ; mais déjà a dû se faire autour des fils un premier travail, une ébauche d'adhérence, suffisante au moins pour résister à des efforts dont on saura ménager le nombre et le degré.

La question du *bandage* vient tout naturellement à ce moment où j'envisage les influences, qui après l'opération sont de nature à faciliter et à hâter la récurrence. Voici ce que j'en pense ; le bandage ne me semble pas diminuer sensiblement la proportion des récurrences ; sur les vingt-sept récurrences que je rapporte, quatorze malades n'avaient

pas porté le bandage, onze avaient continué à en porter un. Ils ont récidivé malgré le bandage, et pour les autres, ce n'est pas dans sa suppression qu'il faut chercher la raison de l'échec.

Le bandage est au début, une bonne chose ; je le prescrivis volontiers pendant les premiers mois, pour aider à la résistance une cicatrice encore fragile, mais lorsque la cicatrice a fait ses preuves, le bandage devient inutile. Vous ne gagnerez rien, le malade ne gagnera rien à le conserver. Je ne l'impose qu'aux malades qui, en plus et à côté de leur hernie, ont une paroi éventrée, saillante, bombée, qui est une menace de récurrence et un danger permanent : le bandage ici peut bien faire, je l'impose malgré la cure radicale.

Jusqu'ici, Messieurs, je n'ai envisagé parmi les circonstances capables de favoriser la récurrence, que celles qui dépendent de l'opération : j'en viens maintenant, à la question plus grave *de la méthode*. Nous devons nous demander quel est le procédé de cure radicale qui expose le plus à la récurrence et je dois vous dire celui qui pour moi y expose le moins.

À ce sujet, les éléments dont je dispose, ne me fournissent aucun document précis : j'ignore à quel procédé a eu recours l'opérateur ; le malade ne me le dit pas, et le saurais-je, que je ne serais pas beaucoup plus fixé ; car pour chaque procédé, la valeur relative l'emporte sur la valeur absolue, et la valeur relative est subordonnée au mode et aux conditions de l'application. Le meilleur procédé peut, s'il est mal appliqué, donner un mauvais résultat, et je me demande, si pour la détermination des récurrences, la défektivité de l'application n'est pas souvent plus coupable que le procédé lui-même.

Je suis frappé en effet, comme tous ceux de mes collègues qui, à la consultation des bandages, ont surveillé ces malades et étudié cette question, je suis frappé de ce fait que souvent le malade n'est pas opéré par le chef de service, mais par l'un ou l'autre des internes. Ainsi sur mes 27 malades, près de 14 ont été opérés par des internes. Je ne veux pas médire de la valeur chirurgicale de nos jeunes collègues ; je suis au contraire tous les jours, témoin de leur science chirurgicale et de l'habileté avec laquelle, ils se livrent sous ma direction, à la pratique de quelques opérations délicates ; mais cependant parmi eux, en est-il peut-être qui n'ont pas abordé ces opérations de hernie avec toute la compétence nécessaire à la réussite d'une opération même banale. Actuellement, la cure radicale est devenue d'une pratique courante, tout le monde en fait ; le nombre

des hernies à opérer est si grand dans un important service de chirurgie, que le chef ne pourrait suffire à les faire toutes par lui-même. Mais au moins, devons-nous désirer que, avant de confier la cure radicale à ses élèves, le chirurgien se soit assuré à les voir faire, qu'ils ont en mains les principes et les éléments nécessaires d'une bonne opération.

Ces réserves étant faites, je pose la question suivante. Quel est le meilleur procédé de cure radicale des hernies inguinales ?

Ils sont nombreux : je ne veux pas les envisager tous. Il en est deux qui sont couramment pratiqués et restent classiques, ce sont les procédés de Lucas-Championnière et de Bassini : je les ai pratiqués tous les deux, mais depuis plusieurs années, je préfère le procédé de Bassini.

Le procédé de Lucas-Championnière s'adresse surtout, sinon exclusivement, à la paroi antérieure du canal inguinal ; cette paroi, il la double, et à l'aide d'une disposition ingénieuse des fils, il la reconstitue solidement, avec deux feuillets superposés, à l'aponévrose du grand oblique.

Mais il ne fait rien pour la paroi postérieure. C'est ce que je lui reproche.

Bassini au contraire, s'efforce de reconstituer le canal inguinal tel qu'il est à l'état normal, tel qu'il était avant la hernie : après avoir disséqué et lié le sac, on reconstitue la paroi postérieure par une série de sutures, on reconstitue de même la paroi antérieure au devant du cordon, et le canal retrouve à peu près sa forme primitive. Il est réduit à un trajet avec deux orifices destinés au cordon ; et la paroi postérieure, celle qui reçoit le choc principal de la hernie, qui en reçoit le plus fortement les atteintes, est refaite solidement.

Dans le procédé de Bassini, le temps vraiment important, ce qui en fait la caractéristique, c'est donc la reconstitution de la paroi postérieure.

Un mot d'anatomie ne sera pas inutile à ce moment pour vous faire comprendre le procédé de Bassini.

La paroi postérieure du canal inguinal, de l'orifice profond, au bord externe du muscle droit, est faite de plusieurs couches fibreuses qui doublent le péritoine à ce niveau (fig. 32).

Ce sont de dedans en dehors le ligament de Colles (8), le tendon conjoint (3), le fascia transversalis (5), puis les vaisseaux épigastriques (9). Par tendon conjoint, j'entends comme Blaise et avec les auteurs anglais, les fibres tendineuses les plus internes du petit oblique et du

transverse qui, arrivés en dedans se courbent vers la crête pectinée, sur le bord externe du muscle droit (3). En dehors se trouve seul le fascia transversalis : là, la paroi abdominale est moins résistante, là est son point faible, entre l'orifice abdominal du canal inguinal et le bord externe du tendon conjoint. Que la hernie soit sortie au dehors ou au dedans des vaisseaux épigastriques, qu'elle soit oblique, externe ou directe, il est toujours à ce niveau un orifice large, créé par l'effa-

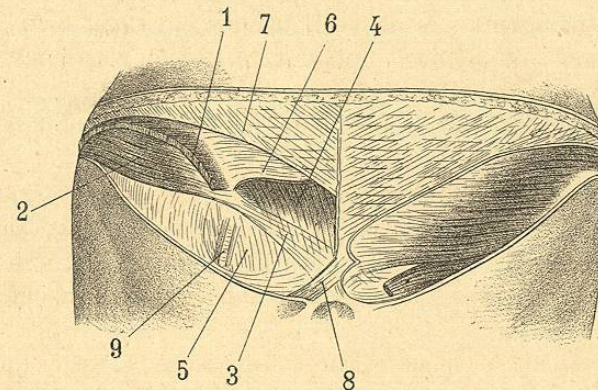


Fig. 32. — Parois du canal inguinal.

1, Muscle petit oblique. — 2, muscle transverse. — 3, aponévrose du petit oblique et tendon conjoint. — 4, muscle droit de l'abdomen. — 5, fascia transversalis. — 6, gaine du muscle droit. — 7, aponévrose du grand oblique. — 8, ligament de Colles. — 9, artère épigastrique.

cement du fascia transversalis. Là doivent porter nos efforts et notre attention ; c'est cette paroi qu'il s'agit de reconstituer par une adaptation exacte des plans fibreux.

Pour cela, voici comment je procède : je passe des fils de l'arcade crurale vers le bord externe du muscle droit, de manière à rapprocher l'une de l'autre ces deux couches fibreuses. En plaçant ici deux, trois ou quatre points, on rapproche le tendon conjoint et l'arcade crurale, on renforce le fascia transversalis, et on substitue à la brèche de la paroi postérieure un plan fibreux résistant qui, s'étendant jusqu'aux vaisseaux épigastriques, laisse juste un orifice à ce niveau pour le passage du cordon. Je m'assure alors, en passant le doigt sur la paroi reconstituée, qu'elle ne présente plus d'enfoncements, ni d'orifice, qu'elle offre partout un plan fibreux égal et résistant.

Et cependant cette façon de faire s'écarte quelque peu de la technique de Bassini lui-même : un de ses élèves, M. Crosti<sup>1</sup>, ayant vu

1. Crosti. *Un détail de l'opération de Bassini* (Presse méd., 5 oct. 1901, p. 189).

comment, à Paris, on appliquait mal le procédé de son maître, a pris soin de nous rappeler dans un article de la *Presse Médicale*, comment et par quoi la pratique de Bassini diffère de la nôtre et comment nous négligeons un temps important de l'opération.

Alors que nous suturons simplement l'arcade crurale au tendon conjoint, Bassini commence d'abord par *inciser transversalement* le fascia transversalis depuis les vaisseaux épigastriques. Grâce à cette incision et à la fente qui en résulte, il glisse son doigt sous la paroi abdominale, sépare le péritoine du fascia transversalis : il libère la couche formée par le bord externe du droit antérieur et les aponévroses des petit oblique et transverse ; et, ainsi libérée, cette couche peut sans peine s'abaisser jusqu'à l'arcade de Fallope.

Alors l'aiguille peut charger gros et loin, elle saisit toute l'épaisseur de la paroi abdominale, moins le grand oblique naturellement.

L'incision du fascia transversalis serait donc un des temps importants de l'opération de Bassini ; elle permet d'abord d'éviter les vaisseaux épigastriques, dont la blessure par l'aiguille pourrait avoir des inconvénients, elle permet de décoller, de libérer, de mobiliser la paroi, et enfin, en créant une surface d'avivement, elle assure souvent l'adhérence cicatricielle des plaies qu'on se propose de réunir.

Messieurs, le professeur Bassini a, en matières de hernie, une compétence que personne ne lui saurait disputer : je m'en rapporte donc à son expérience quand il nous dit que le perfectionnement de son procédé est de nature à diminuer beaucoup les récidives, et je me propose, à la prochaine occasion de le mettre en pratique avec tout le soin nécessaire.

Quoi qu'il en soit, il est encore une question de la plus haute importance pour l'avenir de la hernie : c'est celle qui a trait au fil à utiliser.

Je suis absolument opposé à l'emploi des fils résorbables, je les trouve mauvais. Quelques points de catgut placés sur la paroi postérieure ne peuvent suffire, à mon avis, à maintenir assez longtemps en contact les plans fibreux qu'on se propose de réunir et de solidariser : la résorption du catgut se fait trop tôt, alors que la cicatrice fibreuse n'est pas faite ; c'est ce qui advint chez les deux malades dont je vous ai raconté l'histoire au début de cette leçon, et j'estime que beaucoup de récidives rapides s'expliquent de cette façon. Je fais le même reproche aux sutures faites avec des fils d'attente, des fils d'argent qu'on retire au bout de quelques jours : ici encore

je ne puis croire que la suture soit assez solide, et c'est pour cela que je n'ai jamais eu recours à ces procédés, malgré les apparences brillantes dont ils se réclamaient.

Une seule suture sera efficace, c'est la suture avec des fils non résorbables, les fils d'argent, les crins de Florence ou du fil de lin. Je préfère les deux derniers et le plus souvent je me sers du crin de Florence. Il est solide, résistant, il ne blesse pas comme les fils d'argent, les parties avec lesquelles il est en contact. En outre il ne se résorbe pas et contribue par sa présence, à assurer pour longtemps la solidité d'une paroi dont la reconstitution est le but principal, sinon exclusif de l'opération.

Telles sont, Messieurs, les quelques considérations que je voulais vous présenter sur les récidives des hernies inguinales ; je me garderais bien de penser que j'ai épuisé le sujet, je n'ai fait que l'entr'ouvrir. En vous signalant quelques-unes des causes qui déterminent ces récidives j'ai voulu seulement vous montrer comment, par quelles précautions, par quelles manœuvres vous pourriez, en les évitant, assurer à votre malade un succès définitif, et à vous-même une satisfaction bien légitime.