

neau fibreux abdominal. L'auteur conseille d'enlever un peu de ce tissu adipeux qui pourrait gêner pour faire l'opération; il ajoute même que, lorsque la hernie est très volumineuse et ce tissu graisseux très



FIG. 41. — Cure radicale de la hernie crurale. Procédé de Wood.
Le fil est en place.

abondant, on peut le réséquer complètement avec une partie du sac herniaire lui-même. Ceci fait, on doit placer deux ou trois et même quatre sutures, selon la longueur de l'anneau à oblitérer. Ces sutures doivent être placées à une certaine distance des bords de l'ou-

verture herniaire, afin de prendre dans chaque anse métallique une quantité assez notable de tissu résistant. Dans un seul cas, il a avivé les bords de cet anneau avant de faire la suture; il croyait cette précaution inutile, le revêtement péritonéal suffisant pour donner lieu à des adhérences cicatricielles. »

Giraldès a eu recours deux fois à un procédé analogue: « La peau disséquée, dit-il, et le sac invaginé, je traversais les organes avec un fil métallique, je terminais l'opération en liant sur la peau les deux bouts du fil dont l'anse comprimait le sac contre la face interne de l'abdomen. » La dernière partie de la description de Giraldès est, on le voit, passablement obscure.

IV

Méthodes et procédés opératoires applicables aux hernies réductibles et irréductibles.

Les procédés opératoires dont nous abordons l'étude, appartiennent à l'ordre des opérations directes avec incision large des téguments. L'opération ainsi conduite offre donc les analogies les plus grandes avec l'ancienne méthode de l'incision et, dans ses premiers temps tout au moins, elle est semblable à l'opération de la kélotomie pour étranglement. On peut même dire que, au débridement près, les deux opérations sont identiques. Ainsi l'incision large de la peau, la découverte du sac et des

anneaux caractérisent les procédés que nous allons passer en revue.

Ces premiers temps exécutés et la hernie étant réduite, avec ou sans ouverture du sac, on termine l'opération par des manœuvres diverses qui ont pour but de réaliser ce double problème dont la solution est depuis si longtemps poursuivie : Supprimer la cavité du sac, oblitérer les anneaux fibreux. C'est là ce que nous trouvons décrit dans toutes les langues, on peut le dire, sous le nom de méthode moderne de cure radicale des hernies. C'est aussi ce que beaucoup décorent du nom de cure radicale des hernies par la méthode antiseptique. Nous acceptons la première définition mais nous ne pouvons souscrire à la seconde. Personne n'est, plus que nous, fervent adepte des doctrines nouvelles de la chirurgie antiseptique et nous admirons trop les résultats merveilleux qu'elle donne dans la pratique chirurgicale pour nous permettre la moindre critique à son égard. Il est donc bien entendu que ce n'est pas l'application des règles générales de la chirurgie antiseptique aux opérations de cure radicale que nous blâmons; notre objection est une simple question de mots.

Lorsque la méthode de Lister fit apparition sur la scène chirurgicale, elle eut malheureusement, comme toutes les innovations importantes, un certain nombre de détracteurs; mais en revanche elle eut aussi ses croyants qui, d'accord avec l'esprit de l'église, suivant la spirituelle remarque de M. Pozzi (1), préféraient le païen à l'hérétique, et estimaient « qu'il vaut mieux ne pas faire le pansement que de le faire à moitié ».

(1) Quelques observations à propos du pansement de Lister. *Progrès médical*, 1876.

Or, ces croyants, emportés par leur admiration, arrivaient à n'être plus compréhensibles. Nous avons gardé le souvenir d'observations dans lesquelles on parlait de guérison du mal de Pott par le pansement de Lister, ce qui voulait dire : guérison d'une carie vertébrale par un pansement spécial appliqué au niveau de la région inguinale. On nous concédera que cette manière de s'exprimer est pour le moins singulière, et que si la démonstration du rôle des pansements antiseptiques et de la grande sécurité qu'ils donnent dans l'ouverture des abcès ossifluents, s'était bornée à de pareils énoncés, elle eût été peu concluante.

Ces réflexions s'appliquent entièrement à la dénomination de *cure radicale des hernies par la méthode antiseptique*. Les précautions générales de la méthode antiseptique permettent d'exécuter sans trop de danger les opérations destinées à guérir les hernies, cela est parfaitement exact; mais ce n'est pas la méthode antiseptique qui guérit les hernies. Publier une observation avec le titre que nous blâmons, ajouter que la cure radicale est obtenue au bout d'une quinzaine de jours sans autre commentaire, c'est publier un document nul à tous les titres. Nous en avons trop rencontré, dignes de figurer dans cette catégorie, pour nous faire un scrupule de les critiquer.

Charles Steele est le premier chirurgien qui ait mis à profit les avantages de la chirurgie antiseptique pour tenter la cure radicale des hernies. Son opération date de 1873 : il s'agissait d'un enfant de 8 ans, atteint d'une volumineuse hernie inguinale. Le sac fut mis à nu, la hernie réduite et les piliers avivés et réunis par deux

points de suture au catgut. La hernie fut momentanément contenue, mais, au bout de 6 mois, à la suite d'un exercice violent, la hernie se reproduisit et brusquement s'étrangla. La tumeur était *quatre fois plus volumineuse qu'avant l'opération*. Charles Steele fit l'opération de la kélotomie suivie d'une nouvelle suture des piliers, et cette fois le succès fut réel. Au bout d'un an, l'enfant guéri pouvait quitter son bandage. Les opérations de Chiene datent de la même époque.

En 1876, Nussbaum et Riesel pratiquaient la cure radicale ; enfin, c'est en 1877 que Czerny à Fribourg, Schede à Berlin et Socin à Bâle, commencent la série de leurs tentatives opératoires. Le nom de ces derniers chirurgiens est important à retenir, car malgré la priorité opératoire de Steele, c'est en fait, avec les publications de Nussbaum, de Riesel, de Czerny, de Schede et de Socin que la question de la cure radicale des hernies s'est relevée du discrédit dans lequel elle paraissait définitivement tombée.

Reverdin rattache à trois types principaux les diverses méthodes modernes de cure radicale :

1° *Ligature ou suture du collet avec ou sans extirpation du sac* (procédé de Nussbaum et Riesel) ;

2° *Ligature ou suture du collet avec suture de la « porte » herniaire, avec ou sans extirpation du sac* (procédé de Czerny) ;

3° *Ouverture du sac, drainage du collet sans ligature du collet, sans suture de l'anneau* (procédé de Schede). On remarquera que le procédé de Schede est, en somme, une simple opération de kélotomie sans débridement.

Ces trois divisions sont exactes et nous serviront

lorsque nous apprécierons la méthode dans son ensemble ; mais actuellement, c'est la partie opératoire seule que nous étudions et, si nous voulions décrire successivement le procédé de Czerny, celui de Riesel, celui de Schede, etc., etc., nous serions conduit à des répétitions sans nombre. Nous procéderons donc autrement. En somme, toutes les opérations modernes commencent comme la classique kélotomie, puis, suivant les opérateurs et suivant les cas, on ajoute à l'incision large des téguments diverses manœuvres portant soit sur le sac lui-même (ligature, suture, extirpation), soit sur l'orifice aponévrotique ou fibreux. Comment doit-on combiner ces divers actes ? Quelle est leur valeur ? C'est ce que nous aurons à déterminer plus tard. Mais, pour l'instant, c'est à les décrire successivement que nous devons nous attacher.

1° *Incision des téguments*. — Ici rien de spécial à noter ; on procède comme dans l'opération classique de la kélotomie. Il reste bien entendu aussi que, dans toutes les opérations modernes de cure radicale, on a scrupuleusement observé les règles de la chirurgie antiseptique et recherché la réunion par première intention.

2° *Ligature du collet du sac*. — La ligature du collet du sac, temps essentiel des procédés modernes de cure radicale, répond à l'une des plus anciennes pratiques de la chirurgie des hernies ; mais, sans revenir sur l'historique de cette question, rappelons que de nos jours plusieurs chirurgiens ont eu recours à la ligature du collet du sac dans des conditions opératoires se rapprochant à beaucoup d'égards des anciennes opérations.

Au dire de Valette, Pétrequin a proposé, dans les hernies inguinales, de passer une double ligature sous la

peau, de manière à comprendre le sac entre les deux anses de fil, exactement comme dans le procédé de Ricord pour la cure radicale du varicocèle, avec cette seule différence que, dans un cas, ce sont les veines et, dans l'autre, le sac herniaire que l'on cherche à comprendre et à serrer entre les fils. Valette remarque, avec raison, qu'un semblable procédé expose le plus souvent à manquer le sac. Vidal (de Cassis) a obtenu l'occlusion du sac non plus par la ligature, mais par l'enroulement, sur un jeune homme qu'il opérât d'un varicocèle.

« Après avoir réduit les organes déplacés, dit-il, je passai, derrière les veines du cordon spermatique et derrière le sac, un gros fil d'argent, puis devant ces organes un autre fil. Le tout fut enroulé sur deux fils comme je le fais pour la cure radicale du varicocèle, seulement je saisis les veines un peu plus haut qu'à l'ordinaire. » Huit ans après, Vidal (de Cassis) a revu son malade; il était radicalement guéri de sa hernie. D'après Brillaud, M. Richet a fait, avec succès, la ligature dans un cas analogue.

Enfin, en 1866, Arthur Durham, chirurgien de Guy's hospital, a communiqué à *Royal medical and surgical Society* un cas de cure radicale de hernie inguinale par un procédé qu'il déclare nouveau. Réduction de la hernie, incision de la peau dans une étendue de 6 centimètres environ, au-devant du canal inguinal, incision de la paroi antérieure de ce canal, découverte du cordon, transfixion par un fil passant immédiatement au-devant des éléments du cordon, ligature du collet, suture de la peau, tels furent les principaux temps de l'opération. Au bout de six semaines, le malade était

guéri et la hernie ne sortait plus. A la vérité, le procédé de Durham diffère bien peu de l'ancien point doré. Mais laissons de côté ces opérations exceptionnelles ou peu indiquées, et bornons-nous à l'étude de la ligature du collet dans les opérations modernes de cure radicale.

La ligature du collet du sac s'exécute généralement avec un fil de catgut, mais le *modus faciendi* varie suivant les cas. Quelques chirurgiens préfèrent à la ligature, la suture à points séparés. Le procédé le plus simple est la ligature circulaire. Le collet du sac est disséqué, puis solidement étreint dans un fort fil de catgut. Riesel, pour mieux assurer la solidité de la ligature, fait une ligature double. Il transfixe le collet à l'aide d'une aiguille enfilée d'un fil double; les deux moitiés du fil servent à lier isolément les deux moitiés du collet que l'on réunit ensuite par une ligature circulaire totale.

Tout récemment, pour éviter les difficultés et les dangers de la dissection du collet du sac, Czerny a proposé ce qu'il appelle la suture intérieure du collet du sac. Ce mode d'occlusion du collet exige l'ouverture large du sac. Cette ouverture pratiquée, Czerny fait saisir avec des pinces les lèvres de l'incision du sac et les fait attirer au dehors pour voir le plus haut possible dans l'intérieur du collet; puis, à l'aide d'une aiguille très recourbée, enfilée d'un fil de catgut suffisamment long, il fait une sorte de suture à faufil, dont chaque point attaque le collet par sa face interne et qui permet, en tirant sur les extrémités libres du fil, d'obtenir l'adossement des surfaces sereuses. Czerny dit avoir employé trois fois ce procédé difficile. L'un de ses opérés étant mort le cinquième jour, de « péritonite septique », il a pu vérifier l'oblité-

ration très exacte du collet du sac au niveau de l'orifice inguinal interne. (*Centrabl. für Chir.*, 1883, p. 49.)

Quel que soit le procédé employé, une fois le sac lié, on doit couper les fils de catgut au ras de leur nœud. Cependant quelques chirurgiens, Lawrie, Englisch et d'autres encore, se servent des deux chefs du fil qui vient d'étreindre ou de transfixer le sac pour pratiquer la suture des piliers.

Une précaution recommandée par tous les chirurgiens est de porter la ligature aussi haut que possible sur le collet. Pour ce faire, il faut avoir soin d'attirer fortement le collet en bas avant de le lier. Riesel, en incisant au préalable toute la paroi antérieure du canal inguinal, arrive mieux que tout autre au résultat désiré. Enfin, lorsque le sac est extirpé, la plupart des opérateurs recommandent la réduction du pédicule ligaturé. Socin, pour obtenir la réduction, alors même que le sac n'est pas extirpé, conseille de sectionner transversalement le collet au-dessous de la ligature.

Pour n'omettre aucun des procédés conseillés de nos jours pour la ligature du collet du sac dans les hernies, nous signalerons le procédé de M. D. Mollière. Il s'agit de la ligature élastique à la défense de laquelle M. Galland a consacré sa thèse inaugurale (1878). D'après lui, la ligature élastique est le meilleur moyen de fermer le péritoine et d'amener la cure radicale. Nous sommes très loin de partager l'enthousiasme de l'auteur, et nous dirons avec M. Paul Berger que « les résultats d'une autopsie faite vingt jours après l'opération, trois observations dans lesquelles les malades ont été revus un, quatre et huit mois après la guérison et où la hernie ne paraiss-

sait pas s'être reproduite, sont un bagage infiniment trop léger pour permettre de considérer une telle assertion comme fondée. Tout ce que l'on peut en conclure, c'est que l'oblitération du collet, quel que soit d'ailleurs le procédé, retarde la production d'une hernie. » (*Rev. Hayem*, 1880, t. XV, p. 265.)

3° *Manœuvres portant sur le corps du sac.* — Disons d'abord que le sac n'est pas toujours incisé. Dans plusieurs observations nous voyons les opérateurs se contenter de lier le collet après réduction de la hernie, puis tantôt ils refoulent le sac dans l'anneau, tantôt ils l'excisent. Mais dans l'immense majorité des cas, le sac est incisé, puis après réduction des viscères et ligature du collet, le sac est traité de diverses manières.

a. *Pelotonnement du sac.* — Riesel, dans ses premières opérations, dissèque le sac au voisinage de son collet, sans l'ouvrir, invagine aussi loin que possible son fond dans le collet et le fixe dans cette position, en le transfixant à l'aide d'un fil de catgut. C'est bien là le pelotonnement du sac dans l'anneau tel que Garengoet le conseillait dans la cure radicale des hernies non étranglées et tel que J.-L. Petit l'exécutait dans son opération sans ouverture du sac. Ce pelotonnement du sac a du reste été souvent proposé depuis, et Goyrand d'Aix, on le sait, a eu fréquemment recours à cette manœuvre dans ses opérations pour hernies crurales étranglées. C'est, en somme, faire revivre l'obturation du canal par bouchon organique.

M. Felizet suit une pratique analogue : en terminant ses opérations de hernies étranglées, il combine le tassement du fond du sac à la torsion de la partie supérieure

de son collet. Il obtient ainsi un bouchon compact, lequel obture l'orifice herniaire.

b. Le sac est laissé dans la plaie, mais suturé. — Cette suture du corps du sac se fait de trois manières. Tantôt on suture les lèvres de l'incision du sac avec celles de l'incision des téguments; ce mode de suture souvent

employé par Schede n'est autre que celui dont Volkmann se sert dans l'hydrocèle et les kystes thyroïdiens traités par l'excision. — Tantôt le sac est simplement suturé au niveau des lèvres de son incision par une suture en surjet ou par une suture à points séparés. — Tantôt enfin, et cette pratique est celle de M. Julliard, on ajoute à la suture des bords de l'incision du sac la suture en piqué de ses parois.



FIG. 42. — Suture du sac.
Procédé de Julliard.

Voici le procédé : après avoir étreint le collet aussi haut que possible à l'aide d'un fil de catgut, M. Julliard fait la suture à points séparés des bords de l'incision du sac, et termine en accolant ses parois à l'aide d'une série de points de suture en capiton (voy. fig. 42) qu'il ne faut pas craindre de multiplier. Dans un cas, M. Julliard en a fait dix-huit.

La ligature du collet a pour but de prévenir l'effusion du liquide péritonéal dans l'intérieur de l'ancienne cavité herniaire; et la suture en piqué assure le contact exact des parois du sac. Sans cette dernière manœuvre, les parois flottantes du sac formeraient, après la suture de la peau, une série de replis peu favorables à la réunion.

c. Le sac est laissé dans la plaie. — L'abandon pur et simple du sac incisé, au fond de la plaie, est ou non combiné à la ligature du collet. Dans les deux cas, on prend généralement le soin d'exciser les parties flottantes, en ne laissant au fond de la plaie que les parties dont les adhérences ont été respectées par les premiers temps de l'opération.

d. Le sac est extirpé. — Cette résection du sac pratiquée dans la grande majorité des opérations de cure radicale, suppose évidemment la dissection préalable de la totalité du sac. Cette dissection est faite au bistouri suivant les règles habituelles. Facile à exécuter pour le sac des hernies crurales, la dissection présente de grandes difficultés dans les hernies inguinales et expose à compromettre les éléments du cordon et partant la vitalité du testicule. La gangrène a été la conséquence de cette pratique; aussi, quelques chirurgiens étrangers, désireux de réaliser à tout prix, on peut le dire, l'enlèvement total du sac, ne craignent-ils pas de terminer l'opération par la castration, sous le simple prétexte que la dissection est difficile. Après la résection du sac, Riesel et d'autres insistent sur la nécessité d'enlever minutieusement tous les petits débris de tissu cellulaire et adipeux qui pendent à la surface de la plaie.

4° Suture des orifices. — La suture de l'orifice herniaire est souvent notée dans les observations de cure radicale de hernie crurale. Nous nous sommes expliqué sur ce point et nous pensons, avec M. Reverdin, que, si l'on entend par là la suture de l'anneau crural proprement dit, il s'agit d'une manœuvre à peu près impossible. Quant à la suture de l'anneau fibreux accidentel, elle se

comprend et s'exécute facilement à l'aide de un ou plusieurs points de suture au catgut.

Dans les hernies *ombilicales* et dans celles de la ligne blanche, la réunion des bords de l'orifice aponévrotique s'exécute facilement à l'aide d'une suture au catgut à points séparés; les uns avivent les bords de l'orifice, les autres s'en dispensent.

Là où les opérateurs ont surtout varié leurs procédés de suture, c'est à propos du canal inguinal. Riesel fend d'abord la paroi antérieure du canal inguinal dans toute sa longueur; il lie haut le collet du sac, puis il avive les bords des piliers et réunit les bords de la plaie aponévrotique due à l'incision de la paroi antérieure du canal, et les bords des piliers, à l'aide d'une suture à points séparés faite avec du catgut. Czerny lie haut le collet, incise le sac, qu'il laisse dans la plaie, puis suture les piliers. Au début, il avait adopté la suture en lacet, mais il l'a abandonnée pour la suture à points séparés qu'il pratique, sans avivement préalable, avec la soie phéniquée.

Reverdin a proposé de faciliter les rapprochements des piliers en pratiquant de petites incisions libératrices parallèles à leurs bords. « Les deux piliers de l'anneau inguinal, dit-il, ont naturellement et en dehors de toute hernie une direction divergente; écartés en dedans, ces piliers se rapprochent en dehors. Il en résulte que ces piliers ne peuvent être mis en contact sans un certain effort, et que la tension abdominale, les contractions du grand oblique, tendront inévitablement à redresser l'angle que forment dans leur direction leurs fibres au niveau de la suture; si les fils employés sont résorbables, il est bien à craindre que la cicatrice, peu solide encore, ne cède, et que les

piliers ne s'écartent d'abord au voisinage du cordon, puis, de proche en proche; si les fils ne sont pas résorbables, il y aura tension forcée et par conséquent section plus ou moins rapide des tissus embrassés par eux. Il faut donc s'efforcer de diminuer cette tension, et j'ai pensé obtenir ce résultat au moyen d'incisions libératrices; trois ou quatre incisions de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de longueur sont faites au-dessus et parallèlement au pilier interne; elles sont superposées en deux séries, les incisions d'une série alternent avec celles de l'autre; elles intéressent uniquement l'aponévrose du grand oblique; on les voit, si la suture est déjà achevée, s'entre-bâiller et laisser à découvert un losange du muscle petit oblique intéressant les fibres inter-columnnaires; elles relâchent naturellement la tension des piliers rapprochés. Ont-elles de l'inconvénient pour l'avenir? Je ne le pense pas; trop petites pour favoriser le développement d'une hernie, elles n'intéressent d'ailleurs que l'aponévrose du grand oblique; elles ont pour effet de substituer à un grand hiatus formé par l'anneau inguinal, trois ou quatre petits anneaux en miniature. Maintenant que je suis plus au courant de la question, je ne me dissimule pas ce que ma modification a d'imparfait; pas mieux que d'autres, elle ne pare à ce défaut de la plupart des procédés connus de ne fermer que l'orifice externe du trajet inguinal et de laisser subsister le trajet et son orifice abdominal. »

e. Réduction des organes herniés. — Dans les hernies réductibles, la réunion des viscères se fait tout naturellement et ne présente rien de particulier à relever.

Dans les hernies irréductibles avec adhérence de l'épi-

ploon, la résection de ce dernier est la règle dans toutes les observations que nous avons parcourues et, pour peu que la masse épiploïque soit volumineuse, on préfère à la ligature en masse la ligature par faisceaux isolés. Le pédicule ou les pédicules épiploïques sont généralement réduits. Cependant quelques opérateurs préfèrent fixer le pédicule épiploïque dans le collet, dans le but, parfaitement illusoire du reste, d'obtenir une oblitération plus solide.

Lorsque l'intestin est, par exception, adhérent au sac, tantôt il est prudemment disséqué, puis réduit (dans un cas, Schede a réduit et libéré une anse d'intestin de 50 centimètres après deux heures de dissection), tantôt il est réduit avec le lambeau de séreuse qui lui adhère (c'est ce qu'a fait M. Lucas-Championnière en opérant une entéro-épiplocèle irréductible).

Tels sont les principaux temps des opérations modernes de cure radicale. Dans leur description nous avons à dessein négligé les modifications que les circonstances ont fait parfois apporter au manuel opératoire habituel ; mais leur caractère exceptionnel nécessitait une description isolée. On en jugera par les quelques faits que nous allons rapporter.

Annandale, sur un malade atteint d'une hernie inguinale à double sac et d'une hernie crurale du même côté, procéda de la manière suivante : il fit une incision parallèle au ligament de Poupert, sectionna successivement la peau et l'aponévrose du grand oblique et dégagea le corps et le collet du sac inguinal ; cela fait, il attira le collet à lui par le haut, se proposant de traiter ensuite de même le sac crural. Mais contrairement à ses prévisions, les tractions exercées sur le sac inguinal rédui-

sirent le sac crural. L'idée lui vint alors d'obturer le trajet crural à l'aide du double sac inguinal et voici comment il s'y prit : « Une aiguille armée d'un fil de soie fut introduite à travers la peau de la partie interne de la cuisse, poussée jusque dans l'anneau crural, passée à travers le sac inguinal, puis, de haut en bas, on la fit ressortir au voisinage de son point d'entrée, et les deux chefs furent noués ensemble. »

Cette citation que nous empruntons au mémoire de Reverdin, montre que la manœuvre opératoire est loin d'être simple. Quoi qu'il en soit, l'observateur rapporte que la cicatrisation était complète au bout de trois semaines. Quatre mois après, il n'y avait pas de récurrence et le patient portait un bandage à double pelote.

En 1877, Buchanan a opéré un enfant atteint de hernie inguinale congénitale incoercible dans les conditions suivantes : « Réduction de hernie, incision jusqu'au sac, dissection du sac surtout en arrière où il adhère au cordon ; le sac est coupé transversalement, sa partie inférieure est renversée sur le testicule auquel il servira de tunique vaginale, la partie supérieure pelotonnée, est poussée dans le canal et maintenue par une suture. Mise à nu des piliers ; deux points de suture de soie les rapprochent, un troisième point métallique est maintenu au moyen d'une sorte de petit clamp. Pansement antiseptique. » Trois mois après, la guérison persistait. On prescrivit l'usage d'un bandage. — Cette sorte de restauration de la vaginale par autoplastie séreuse nous paraît assez problématique. Dans des circonstances analogues Riesel, Schede et Bush l'ont pratiquée.

Reverdin a relaté dans son mémoire deux opérations

de Czerny pratiquées pour des hernies inguinales compliquées de fistules intestinales. Mais, à notre avis, les faits de cette nature regardent bien plus la cure des fistules intestinales que celle des hernies.

Nous terminerons cet exposé des procédés opératoires en donnant le résumé de quatre opérations de cure radicale pratiquées l'une par M. Gillette et les trois autres par M. Lucas-Championnière. Nous les remercions tous deux de l'obligeance avec laquelle ils nous ont communiqué des documents d'autant plus précieux qu'ils représentent, croyons-nous, les premières opérations de cure, dite radicale, qui aient été pratiquées dans nos hôpitaux, suivant les données modernes et pour des hernies non étranglées.

Dans le cas de M. Gillette, il s'agissait d'une éventration inguino-abdominale droite. Le patient était un terrassier de 41 ans, reçu à Bicêtre dans le service de M. Gillette en août 1881.

La masse intestinale herniée est énorme, au moins du volume d'une tête d'adulte. La réduction est aussi facile que la sortie des viscères dès qu'on cesse d'exercer une pression. L'orifice herniaire est assez large pour laisser pénétrer, après la réduction, presque tout le poing. A cette époque, je résistais aux instances du malade qui me suppliait de l'opérer : la marche chez lui était difficile; le moindre effort le faisait souffrir et il ne pouvait se livrer à aucun travail un peu fatigant. Je lui fis construire un bandage tout à fait spécial, à pelote très grande, triangulaire et à tige rigide, qui sembla pendant quelque temps maintenir à peu près cette éventration, et il quitta le service. Il rentra une deuxième fois pour une fracture du péroné (au commencement de 1882). C'est alors que, malgré tout ce que j'ai pu lui dire, malgré le tableau peu attrayant que je lui faisais chaque jour des suites de l'opération, il me força absolument de tenter la cure radicale de son éventration qui le mettait, il est

vrai, dans l'impossibilité absolue de travailler. — *Opération le 16 mai 1882.* Anesthésie par le chloroforme : Longue incision de 13 centimètres au moins, dans le sens de la longueur de la tumeur herniaire; dissection facile du sac avec les doigts; refoulement du paquet intestinal dans l'abdomen par les mains de deux aides; ligature en masse du sac (qui se trouve pédiculisé) au niveau du vaste orifice herniaire à l'aide d'un gros fil de catgut; excision de toute la partie du sac inférieure à la ligature; léger avivement des piliers limitant l'anneau et rapprochement des piliers avec quatre ligatures de catgut, deux au-dessus, deux au-dessous du point où le sac a été lié en masse; excision d'une bonne partie de la peau du scrotum : points de suture sur les lèvres cutanées, drain, pansement phéniqué (solution au centième). Le soir de l'opération, le malade n'éprouve qu'une douleur légère au niveau de la plaie; mais surtout il se plaint d'un violent point de côté à gauche, quelques vomissements muqueux; 17 et 18, il est très agité, et la douleur de côté persiste et s'accroît. Le 19 et le 20, la dyspnée augmente ainsi que l'agitation. Anxiété, aucune douleur abdominale, potion calmante, vésicatoire à gauche.

Le 21, la dyspnée est énorme, délire violent, mort le 22, sixième jour de l'opération. Autopsie, gangrène du scrotum, tissu cellulaire converti en une bouillie noirâtre et fétide; le sac, au niveau de la grosse ligature, est fermé par des adhérences molles; pas de traces de péritonite, intestin sain. L'orifice herniaire ne laisse passer à peine que deux doigts. *Congestion pulmonaire intense généralisée.*

Les trois observations de M. Lucas-Championnière figurent dans nos tableaux (voir tableau additionnel A', numéros 183, 184, 185) et nous voulons seulement appeler ici l'attention sur divers temps de l'opération.

Chez le premier malade (n° 183) les lésions étaient complexes, il y avait à la fois hernie inguino-scrotale incoercible et hydrocèle. L'opération fut pratiquée le 10 juin 1881.

M. Lucas-Championnière fit une large incision sur le trajet du canal, mit le cordon à découvert; plusieurs

grosses veines qui l'entouraient furent liées et sectionnées entre deux ligatures de catgut. Le canal déférent fut laborieusement détaché du sac et celui-ci disséqué aussi haut que possible, puis oblitéré par trois points de suture au niveau de la partie la plus élevée de son collet et réséqué. L'opération fut terminée en suturant les parois du canal inguinal par deux points de suture avec le crin de Florence, profondément placés.

La deuxième observation montre bien qu'il ne faut pas avoir de parti pris sur la destinée qu'on réserve au sac dans les opérations de cure radicale. — Il s'agissait d'une épiplocèle avec hydrocèle concomitante (v. tableau additionnel A', n° 184) : « Le 22 août 1882, nous écrit M. Championnière, je fis une large incision sur le trajet du canal inguinal et sur les bourses, et j'arrivai rapidement dans le sac herniaire; celui-ci contenait fort peu de liquide, mais un épiploon très adhérent au testicule. Sous l'influence de quelques efforts, la masse épiploïque augmenta considérablement, j'en profitai pour réséquer toute l'étendue de l'épiploon. Trois ligatures de catgut, dont deux enchevêtrées, furent placées sur la racine de la masse épiploïque, la section fut faite et le pédicule réduit. Je détruisis avec quelques difficultés les adhérences de l'épiploon au testicule, puis je procédai à la dissection du sac aussi haut qu'il me fut possible. Cette dissection fut difficile et je dus laisser des lambeaux de séreuse adhérents au canal déférent et à l'artère spermatique. Enfin je suturai le collet, je réséquai le sac et je fis sept points de suture cutanée superficiels et semi-profonds, avec le crin de Florence. »

Le troisième fait est celui d'une femme de trente ans,

dont la hernie inguinale incoercible descendait jusqu'à mi-cuisse (v. tableau additionnel A', n° 185). L'intérêt opératoire de cette troisième intervention réside surtout dans la résection d'une partie de l'enveloppe cutanée de la hernie et dans l'obturation de l'orifice herniaire à l'aide d'un lambeau autoplastique emprunté aux téguments