

### CHAPITRE III

RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — APPRÉCIATION DES MÉTHODES

#### I

##### Procédés exclusivement applicables aux hernies réductibles.

Parmi les nombreux procédés conseillés pour la cure radicale des hernies réductibles, il en est sur lesquels nous n'avons plus à revenir. A notre époque, il n'est pas un chirurgien qui accepterait de procéder à la cure radicale d'une hernie réductible en ayant recours soit au procédé de Belmas, soit aux invaginations bizarres de Gunther, de Signoroni ou même de Maisonneuve, soit au « point d'argent » de Chisholm ou à tout autre des procédés que sur leur description seule nous avons pu condamner.

Cependant, si nous voulions pour un instant oublier que la méthode de Belmas ou de Chisholm suppose de la part des tissus vivants une tolérance pour les substances étrangères qui est loin de leur être habituelle, si nous voulions

négliger les excellentes raisons qui ont fait proscrire ces diverses méthodes, quel enseignement retirerions-nous de l'examen statistique? Le fait à propos duquel chaque auteur a publié son procédé, ne se termine-t-il pas invariablement par la mention : guérison? Et si l'on consulte la statistique pour ces opérations délaissées ou condamnées, elle répond : la mort est rare, le succès opératoire immédiat et fréquent. Quant à la cure radicale, il ne peut en être question, et le mot guérison, si souvent prononcé, ne peut être pris dans le sens de guérison définitive.

Examinons maintenant les procédés qui se présentent sous un jour moins défavorable.

*Ligature des enveloppes de la hernie dans le cas de hernie ombilicale.* — Bal de Tiel, cité par Marduel dans l'article *Ombilie* du dictionnaire de Jaccoud, a obtenu la guérison d'une exomphale congénitale mesurant sept pouces de diamètre (mesure du Rhin) et renfermant la plus grande partie des intestins. Bal réduisit les viscères et lia le sac. La suppuration fut longue, mais la guérison s'ensuivit. Pour les hernies ombilicales des enfants ou même des sujets plus âgés, on a bien relevé quelques morts, mais les observations publiées avec la guérison comme résultat, ne manquent pas.

Au dire de Bichat, « plusieurs enfants ramenés à la consultation publique de Desault longtemps après leur opération, pour des maladies étrangères à celle-ci, y ont été examinés par les nombreux élèves qui y assistaient, et qui, tous, ont reconnu la complète oblitération de l'anneau et le défaut d'impulsion des viscères de l'abdomen, dans l'action de tousser, d'éternuer, etc. Deux jeunes personnes opérées depuis quatre ans sont, à ma

connaissance, parfaitement rétablies et n'éprouvent aucun ressentiment de leur tumeur. » Bichat reconnaît cependant que le succès de cette opération, presque certain chez les enfants en bas âge, semble devenir moins assuré à mesure qu'on s'éloigne de l'enfance. Il donne trois faits dans lesquels on voit la guérison s'opérer en raison inverse de l'âge : être complète à dix-huit mois, difficile à obtenir à quatre ans, impossible à neuf ans.

Thierry rapporte 20 cas de ligature suivis de guérison complète sur des enfants de moins de trois ans et un autre succès sur une jeune fille de quatorze ans. Sæmmering, Nevermann, Sanson, Borelli, le professeur Stolz dont les observations ont été relevées par Lauth en 1856, et Haas en 1868, Hergott, Bæckel, ont tous publié des cas de ligature suivis de guérison. — Chicoyne dit n'avoir jamais eu d'insuccès sur 40 opérés. — Nous avons nous-même cité les guérisons obtenues par M. le professeur Bouchacourt (de Lyon), et par M. le professeur Duplay.

Interrogées, les statistiques de la ligature dans les hernies ombilicales répondent donc : *mortalité exceptionnelle; guérison radicale dans la majorité des cas.* — Notons dès maintenant que les exemples de cure vraiment radicale n'ont été observés que chez les jeunes enfants.

*Opérations pratiquées dans le but d'obtenir l'oblitération du trajet herniaire par provocation d'un travail inflammatoire adhésif ou cicatriciel.* — Les injections iodées de Velpeau ont donné des guérisons plus ou moins durables à Velpeau lui-même, à Follin, à Jobert de Lamballe, à Maisonneuve, à Ricord. Demarquay, se basant sur des faits, a admis que les injections iodées pouvaient rendre

de grands services dans les grosses hernies en diminuant beaucoup la capacité du sac.

En revanche, on trouve dans ces observations des *récidives nombreuses*, pas un seul cas de *cure définitive*, des *accidents graves*, dus soit à la pénétration du liquide injecté dans le tissu cellulaire des bourses, soit à la péritonite, et, de ce dernier chef, des morts ont été signalées.

L'*acupuncture*, pratiquée onze fois par Bonnet, lui a donné quatre guérisons, cinq insuccès, deux morts, et il avoue n'avoir jamais obtenu la cure radicale des hernies qui s'échappent par un canal direct.

Sur trente-quatre observations de malades opérés par le *procédé de Mösner*, on n'a relevé qu'un cas de mort. Les trente-deux malades qui ont supporté l'opération sans accident se répartissent ainsi : Une récurrence, deux améliorations et vingt-neuf cas avec « cicatrice tellement solide, dit Rothmund, que la récurrence est hors de toute vraisemblance ». Ces chiffres ne suffisent pas. Les malades considérés comme guéris n'ont pas été revus, et de plus, il est trop évident que, malgré l'opinion inverse de Mösner et de ses imitateurs, la présence d'un séton dans le canal inguinal expose aux accidents inflammatoires les plus graves.

Les *scarifications* ont été rarement employées. M. J. Guérin rapporte dans ses titres et travaux scientifiques (Paris, 1883), qu'il a répété « plusieurs fois cette opération toujours sans danger aucun et souvent avec un succès complet et durable ». Mais cette affirmation est insuffisante, et nous n'avons pour étayer notre jugement que les trois seules observations publiées : les deux de Velpeau et celle de M. Guérin lui-même que nous avons si-

gnalée en décrivant le procédé opératoire. Dans ces trois cas, il n'y a pas eu d'accident; l'oblitération du canal inguinal a été obtenue.

Enfin, les injections *péri-herniaires* faites par la méthode de M. Luton ont donné les résultats suivants: M. Luton, sur quatre opérations (deux hernies ombilicales et deux inguinales de l'enfance), a eu trois succès immédiats et une amélioration. Comme unique accident, il accuse un abcès sans conséquence dans sa deuxième opération pour hernie ombilicale. Aucun des malades n'a été suivi.

Schwalbe (injections d'alcool) a rendu compte au dernier congrès des chirurgiens allemands de trente-quatre cas de « cure radicale ». Parmi ces cas, dit-il, il en est dont la guérison dure depuis six ou sept ans, quoique les hernies fussent volumineuses avec orifice très large. Jamais il n'y a eu d'accident. Ranke de Groningue a traité plus de cent cas de cette manière et se montre très satisfait de ses résultats. Gussenbauer de Prague a expérimenté six fois la méthode avec succès. Warren (injection d'extrait d'écorce de chêne) accuse neuf succès sur douze opérations. Quelques autres faits, toujours avec une grande sobriété de détails, sont publiés dans divers recueils et se terminent tous par la mention: guérison.

Ainsi, pour tous les procédés que nous venons de signaler, les chiffres répondent encore: mortalité minime, guérison dans la majorité des cas. Mais les malades n'ont pas été revus. Nous sommes donc autorisé à supposer que de nombreuses récidives ont dû se produire et déclarer que ce ne sont pas là des exemples positifs de cure radicale.

Peut-être faut-il excepter l'observation de M. Guérin, dans laquelle l'obturation définitive du canal inguinal paraît authentique; réservons aussi notre appréciation sur les résultats des injections *péri-herniaires*.

*La cure radicale par obturation de l'orifice herniaire à l'aide d'un lambeau autoplastique* a été rarement pratiquée. Rappelons cependant que Jameson a publié un cas de guérison, et Langenbeck 9 succès, dont 7 pour des hernies inguinales et 2 pour des hernies crurales.

La cure radicale par *invagination de la peau*, d'après les procédés de Gerdy, de Wutzer, de Sotteau, et leurs nombreux dérivés, a été tentée un grand nombre de fois, et les statistiques deviennent plus longues, sinon plus concluantes. Gerdy a personnellement appliqué sa méthode plus de cent fois et n'a perdu que 4 malades. Quant à la *cure radicale*, Gerdy la considérait comme « fréquente ».

Ecker de Fribourg, dont l'opinion est relatée par Rothmund, disait que, par la méthode de Gerdy, il guérissait le tiers de ses opérés. Mais il n'obtenait guère ce résultat que sur des hernies récentes et sur des sujets jeunes encore.

D'après Gunther, Schuh, sur 11 opérations par la méthode de Gerdy, a obtenu 9 guérisons définitives, une amélioration, un insuccès; et Haller, sur 7 hommes âgés de dix-neuf à trente-huit ans, a pu constater l'absence de récidive au bout d'un temps qui varie de quatre à dix mois. Rothmund a publié une statistique comprenant 140 cas opérés par sa méthode, elle comprend 117 guérisons, 6 insuccès, 4 améliorations,

treize récurrences et, « bien des fois » il s'est assuré de la guérison au bout de « plus d'une année » et souvent l'occlusion du conduit herniaire a été obtenue à un point tel qu'on ne peut « douter que l'opération n'ait atteint son but ».

Sotteau sur 11 opérations déclare 11 succès. Thierry, après avoir analysé ces 11 cas, observe qu'ils prouvent une seule chose : la guérison des malades à la sortie, mais rien « n'atteste qu'après s'être livrés à leurs occupations ils n'aient vu plus tard se reproduire leur maladie ».

Valette, sur quinze opérés a obtenu 2 succès, 2 récurrences rapides et 11 guérisons. La cure radicale a été vérifiée sur l'un d'eux au bout de deux ans et sur un autre au bout de trois ans. Les 9 autres malades guéris n'ont pas été revus. Valette n'omettait jamais de conseiller à ses opérés le port d'un bandage, et recommandait particulièrement son opération chez les sujets « bien constitués, n'ayant pas plus de cinquante à cinquante-cinq ans, avec hernie scrotale volumineuse et canal effacé ».

Nous n'avons pas retrouvé le chiffre exact des opérations de cure radicale faites avec la pince de Langenbeck; mais voici l'appréciation de Broca sur les résultats : « Parmi les nombreux procédés qui ont été imaginés, il n'en est peut-être aucun qui arrive aussi certainement que celui de Langenbeck à oblitérer dans toute son étendue le canal herniaire, et à écarter les chances de la récurrence ultérieure. »

Rappelons enfin le succès de de Roubaix et la statistique récente de Fayrer qui, sur 38 observations, relate 8 échecs, 6 récurrences et 24 guérisons (ces 24

opérés guéris n'ont pas été revus). Tous ces résultats expliquent comment M. Alph. Guérin a pu écrire, en 1874, dans la cinquième édition de sa *Médecine opératoire*, « que l'invagination du scrotum donne le moyen de guérir presque sans danger une infirmité contre laquelle on ne craint pas d'employer la castration ».

Mais à côté des guérisons n'oublions pas les revers. Gerdy rangeait lui-même au nombre des accidents possibles « une inflammation exagérée qui produit une suppuration circonscrite ou diffuse et peut amener la mort ». La péritonite est, à la vérité, tout à fait exceptionnelle dans les divers modes de l'invagination, ce sont plutôt des inflammations diffuses des parois abdominales qui ont tué les malades. Tous les inventeurs des dérivés divers de l'invagination ont la prétention, peu justifiée d'ailleurs, d'éviter le péritoine dans leurs manœuvres et n'ont pas manqué d'invoquer la rareté de la péritonite à l'appui de leur dire, mais le fait est celui-ci : *avec ou sans péritonite*, il y a eu des morts.

Quant à la guérison, elle conserve sa signification habituelle et doit être très rarement prise dans le sens de cure radicale. Ducros (1840) a constaté la récurrence sur des malades considérés comme guéris par Gerdy. D'après une communication d'Otto Weber à Birkett que M. Le Fort signale dans la huitième édition du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne, sur 14 opérés de Wutzer il n'y avait pas une seule guérison définitive. Au dire de Jagot, Holmes Coot, de Saint-Bartholomew's Hospital, a plusieurs fois pratiqué la kélotomie sur des malades autrefois opérés par la méthode Wutzer-Rothmund.

Ainsi la statistique générale des cures radicales tentées par l'*invagination* cutanée donne les résultats suivants : — Mortalité minimale. — Guérison, c'est-à-dire bon résultat immédiat dans presque tous les cas. — Récidives nombreuses. — Quelques faits de cure radicale proprement dite.

La dernière méthode dont nous ayons à relater les résultats chiffrés, est celle de Wood. — Ce chirurgien distingué a bien voulu nous communiquer lui-même sa statistique dans une lettre datée du 4 juin 1883, et nous le prions d'agréer tous nos remerciements. M. Wood a opéré 300 sujets dont il a gardé les observations. Il s'agit de 300 hernies inguinales réductibles dont voici les résultats : 4 morts ; 296 guérisons. — Les 4 morts ont été causées dans le premier cas par érysipèle, dans le deuxième par infection purulente, dans le troisième par péritonite, dans le quatrième par tétanos. — La mort par tétanos date de 1882 ; mais les trois autres appartiennent aux 50 premières opérations de M. Wood, alors qu'il employait la ligature avec le fil ordinaire (p. 170) et qu'il ne s'entourait pas des précautions antiseptiques. Les 250 autres opérations ont été faites avec le procédé auquel l'auteur s'est définitivement arrêté (opération sous-cutanée, suture des piliers et du sac au fil d'argent). Sur les 250 malades, un seul a donc succombé. C'est le cas de mort par tétanos. Quand aux 296 guérisons, plusieurs peuvent être considérées comme radicales. M. Wood a revu 50 de ses opérés et vérifié leur parfaite guérison au bout d'un temps qui a varié de deux à vingt-cinq ans.

Il en a présenté « un bon nombre » à King's College Hospital, guéris et pouvant se passer de bandage ; sa

dernière présentation date des premiers jours de juin 1883 ; le sujet opéré depuis dix ans ne présente pas trace de récidive et ne porte pas bandage. Il est difficile de trouver une statistique plus imposante que celle de M. Wood, et le procédé qui donne de pareils résultats ne doit sûrement pas être repoussé sans examen.

— Que pouvons-nous inférer de cette statistique générale des procédés conseillés pour la cure radicale des hernies réductibles ? La conclusion nous paraît simple. — Tous peuvent tuer ; — aucun ne peut garantir l'absence de récidive ; — plusieurs ont donné quelques cures radicales. Enfin, et nous insistons sur cette dernière conclusion, la plupart de ces opérations ont souvent rendu coercibles des hernies qui ne l'étaient pas.

Voilà ce qu'apprennent les chiffres. Est-ce à dire que, si nous supposons un cas donné de hernie réductible dans lequel nous jugerons l'intervention chirurgicale nécessaire, nous aurons indifféremment recours à l'une quelconque de ces opérations ? Évidemment non. Les chiffres ont leur valeur, mais il faut se garder de leur demander plus qu'ils ne peuvent donner et bien heureusement les décisions chirurgicales ne se fondent pas seulement sur des calculs donnant pour résultat : 3 morts 1/3 pour cent dans tel cas, et 3 morts 1/4 pour cent dans tel autre.

Si nous prenons le soin de donner en détail les résultats statistiques avant d'aborder l'appréciation des méthodes opératoires, c'est d'abord parce que cette manière de procéder est vraiment logique ; mais c'est aussi pour mieux montrer plus tard que si, dans l'appréciation des méthodes modernes de cure radicale, on s'en tenait, comme plusieurs de ceux qui les préconisent, à la simple

analyse des résultats chiffrés, on arriverait facilement à comparer avec des méthodes rationnelles, celles qui sont universellement proscrites.

« Nous avons dit, il y a un instant, que, de par les chiffres, toutes les méthodes conseillées pour la cure radicale des hernies réductibles se trouvaient à peu de chose près sur le même plan. Il faut maintenant, par d'autres considérations, nous demander quelles sont celles de ces méthodes qu'il faut définitivement abandonner et celles qui méritent discussion.

La *ligature* comme mode de traitement des hernies ombilicales a été défendue avec enthousiasme par des maîtres tels que Desault et Bichat. Depuis, elle a fait ses preuves plusieurs fois, elle est rationnelle quant à son mode d'action, elle a soulagé plusieurs malades, elle en a tué fort peu. En elle-même, ce n'est donc pas une mauvaise opération, et nous n'avons pas le droit de la repousser de parti pris, avant d'avoir comparé ses avantages ou ses dangers à la gravité du mal qu'elle peut combattre, avant d'avoir enfin déterminé si quelque autre opération lui est préférable.

Les *injections iodées* de Velpeau, l'*acupuncture*, les procédés *autoplastiques*, ne peuvent nous arrêter longtemps. Théoriquement, ce sont de mauvais procédés; car, suivant la remarque de Malgaigne, ils oblitèrent le sac près de l'anneau, mais ils laissent libre toute la portion qui occupe le canal et ne sauraient procurer de guérisons réelles que par hasard et lorsque l'inflammation adhésive se propage dans toute la longueur du canal inguinal.

Dans ce dernier cas, et malgré les statistiques publiées,

on ne peut nier l'imminence de la péritonite. Ajoutons que, malgré les nombreux cas de guérison publiés, il n'existe pas un seul exemple authentique de cure radicale. En lisant les arguments de ceux qui ont défendu l'*obturation autoplastique*, on pourrait croire que cette méthode échappe en partie aux objections précédentes; mais il n'en est rien, d'autant que l'obturation autoplastique comporte en outre le pronostic de toute intervention sanglante. C'est donc à bon droit que Malgaigne range ces diverses opérations au nombre des procédés « qui offrent trop de danger et sont universellement abandonnés ».

La seule exception que nous puissions relever, a trait au cas où une hydrocèle vient compliquer une hernie congénitale ou une épiplocèle irréductible. Dans ces deux circonstances on a recours avec avantage aux injections iodées. Ajoutons qu'en traitant ainsi les hydrocèles accompagnant la hernie congénitale, on peut, suivant la remarque de M. Gosselin, se convaincre que l'injection n'a d'autre vertu, au point de vue de la hernie, que de substituer une hernie interstitielle à une hernie scrotale.

Le procédé de Mösner s'est présenté à nous avec une statistique remarquable; mais le simple raisonnement condamne une méthode qui, dans le but illusoire d'obtenir la cure radicale d'une hernie, provoque de parti pris une inflammation suppurative à laquelle le péritoine ne peut échapper.

Les *scarifications* par le procédé de M. J. Guérin, doivent-elles échapper au discrédit qui a frappé tous les procédés de cure radicale? Nous ne le pensons pas. A coup sûr le résultat autrefois obtenu par M. Guérin est

remarquable, la guérison de son malade a présenté les caractères d'une cure vraiment radicale et, pour notre compte, nous préférerions scarifier un canal inguinal que d'y laisser, à l'instar de M. Spanton, séjourner un tire-bouchon. Mais trois observations publiées sont insuffisantes pour juger l'efficacité d'une méthode. En outre, nous ne croyons pas nous avancer en disant que, pratiquées sur un nombre suffisant de malades, les scarifications ne feraient pas exception à toutes les autres opérations de cure radicale et donneraient probablement lieu à des accidents plus ou moins grands. Il n'y a donc aucune raison d'accepter les assertions récentes de M. J. Guérin et de restaurer une méthode qui, du reste, a cessé de figurer dans le plus classique de nos traités de médecine opératoire.

Quel sort doit-on faire à la cure radicale par *invagination cutanée*? Ici les faits sont nombreux, les statistiques remarquables et, la guérison fréquente des opérés a souvent amélioré leur état antérieur; parfois même la cure radicale s'en est suivie. Il importe donc d'examiner les choses de près.

Un premier fait à mettre en lumière, c'est que l'invagination, dans les cas où elle guérit une hernie, ne donne pas cette guérison par le mécanisme qu'on a voulu réaliser en inventant la méthode ou ses dérivés. En un mot l'invagination ne guérit pas la hernie en bouchant son orifice de sortie. Gerdy lui-même a renoncé à cette interprétation pour admettre, comme processus curateur, l'inflammation rétractive des tissus cellulaires et fibreux du canal et de ses anneaux. Cette rétraction inflammatoire existe évidemment, mais elle n'agit pas seule, et la péri-

tonite adhésive qui, suivant la remarque de Brillaud, ne peut manquer de se développer, vient à son tour contribuer à l'oblitération. Trois autopsies de Rothmund le prouvent.

Tous les dérivés de la méthode de l'invagination guérissent par un mécanisme analogue. Brillaud admet cependant que dans les procédés où l'on joint la compression et la cautérisation à l'invagination, la peau reste réellement invaginée et agit mécaniquement. C'est en effet ce qui arrive après les opérations pratiquées suivant la méthode de Valette ou de Langenbeck. Aussi Maligne et Broca le reconnaissent; ces dernières méthodes doivent guérir plus souvent que les autres. Mais comme ces procédés opèrent un énorme dégât, laissent une cicatrice difforme, exposent à des dangers et ne garantissent pas la cure radicale, on s'explique facilement qu'ils aient été abandonnés de tous.

Ainsi, dans la méthode de Gerdy proprement dite, la guérison ne s'obtient pas par obturation mécanique, mais bien par inflammation plastique. Ce simple fait nous permet de repousser toutes les modifications qui ont eu pour but de maintenir l'invagination et de localiser notre argumentation sur ce point: est-il vraiment rationnel de se servir de la peau pour provoquer une inflammation plastique dans le conduit herniaire, ainsi que Broca lui-même le pensait, il n'y a pas trente ans? Nous répondrons à cette question de la manière suivante:

Bien que les diverses méthodes d'invagination aient la prétention de ne pas s'adresser au sac et s'efforcent même de le repousser et de le soustraire à l'action des instruments, il n'est pas douteux que la péritonite adhé-

sive soit l'agent principal de la guérison. De ce chef il est donc inutile de s'évertuer à maintenir plus ou moins longtemps la peau du scrotum dans le canal inguinal, et tout procédé s'adressant directement au canal séreux devient préférable. — Enfin il faut reconnaître avec Wood qu'il est irrationnel de distendre par un bouchon l'orifice auquel on demande de se fermer.

En résumé nous ne voulons pas nier les succès de la méthode de Gerdy et nous désirons même retenir les quelques faits de hernies ombilicales, par exemple, ou l'invagination de la peau peut rendre des services; mais nous tenons à établir que les manœuvres caractérisant l'invagination ne remplissent que fort imparfaitement le but et qu'à ce titre l'invagination cutanée doit céder le pas aux méthodes qui, se présentant d'une part avec des conditions de sécurité au moins égales, rempliront mieux, d'autre part, les indications dictées par la physiologie pathologique.

Ainsi, d'élimination en élimination, nous sommes arrivé à repousser presque toutes les opérations conseillées pour la cure radicale des hernies réductibles. On pensera peut-être que c'est peine perdue puisque tous nos traités classiques ont suffisamment mis en lumière les raisons diverses qui doivent faire repousser ces différentes méthodes. Mais à raisonner ainsi on arriverait facilement à n'écrire que rarement sur bien des points de la chirurgie et particulièrement sur la cure radicale des hernies réductibles. Pour notre compte nous aurions cru mal comprendre notre tâche en négligeant des pratiques conseillées par des chirurgiens de la plus haute valeur, et en ne réunissant pas tous les documents indis-

pensables à connaître pour instruire à nouveau le procès de la cure radicale.

Cette réponse étant faite à une argumentation possible il me reste à apprécier la méthode des injections péri-herniaires et la méthode de Wood qui toutes deux jouissent à l'heure actuelle d'une grande faveur auprès de plusieurs chirurgiens étrangers.

La confiance que la méthode des injections péri-herniaires inspire à ceux qui la préconisent est grande; Schwalbe, Heaton, Warren, fondent sur elle les plus grandes espérances. De son côté, M. Luton défend avec conviction un procédé qui lui appartient, et malgré le nombre restreint de ses observations personnelles, ses conclusions n'en sont pas moins formelles. « Dès qu'il me sera avéré, dit-il, que le bandage est impuissant dans un cas déterminé, je pratiquerai sur le trajet du canal inguinal, à diverses profondeurs, des injections d'eau salée (saturation à froid), que je préfère décidément à l'alcool employé par Schwalbe comme exerçant une action tonique sur place. » Pour nous, il serait prématuré de porter un jugement définitif sur la méthode de M. Luton. En effet, les observations publiées et sur lesquelles nous pouvons statuer, démontrent simplement que la méthode n'est pas dangereuse et qu'elle permet de rétrécir les orifices de sortie des hernies.

L'innocuité du procédé paraît très vraisemblable lorsqu'on a recours soit aux injections d'eau salée, soit aux injections d'alcool, et que suivant la pratique de Luton et de Schwalbe on se contente de faire des injections réellement sous-cutanées. Mais si, comme Warren, on injecte l'extrait de *quercus alba* plus ou

moins haut dans le canal inguinal, il nous semble qu'on peut élever des doutes sur la constante bénignité des suites de l'opération.

La réaction qui suit est, dit-on, souvent très vive. Bardeleben ne se prononce qu'avec réserve, et Schwalbe, après avoir expérimenté l'extrait d'écorce de chêne, nous apprend que son emploi est très douloureux et nécessite de grandes précautions. En somme, quelques réserves s'imposent. Mais admettons que les malades ne courent aucun danger, et précisons la nature des résultats. Sauf quelques malades de Schwalbe, tous les autres n'ont pas été revus, et rien ne prouve jusqu'ici que la cure radicale soit le résultat habituel de cette pratique.

Ajoutons que les injections péri-herniaires ne réussissent bien que dans certains cas déterminés. M. Luton a d'abord proposé sa méthode pour le traitement des *hernies de l'enfance*. Il attend l'occasion « de vérifier » son efficacité en opérant un *adulte* atteint de hernie *moyenne et récente*.

Pour Schwalbe, les hernies qui se prêtent le mieux au traitement par les injections sont celles de la ligne blanche et de l'ombilic; les plus réfractaires sont, à son avis, les hernies inguinales. Ranke affirme qu'il ne faut pas compter sur la guérison quand les orifices sont larges. En définitive il paraît ressortir de l'examen des faits connus que les succès des injections péri-herniaires s'observent surtout dans les conditions suivantes : sujets jeunes, hernies récentes et peu volumineuses. Or, ce sont justement les cas où les bandages donnent les mêmes résultats; et dans ces conditions il n'y a pas d'hésitation, les bandages l'emportent nettement sur la méthode des injections péri-herniaires.

Si les observations ultérieures continuent à prouver que la méthode n'est pas dangereuse, si elles établissent en outre que son efficacité est indiscutable, nous sommes tout disposé à changer d'avis.

Mais, alors même que cette double preuve serait faite, notre réserve en fait de cure radicale est telle que nous ne craignons pas de le déclarer, les injections péri-herniaires deviendraient une bonne méthode non pas pour guérir radicalement les hernies, mais seulement pour venir en aide à l'œuvre des bandages, diminuer les orifices de sortie de la hernie et rendre plus sûre sa bonne contention. Le petit nombre des faits connus nous défend d'être plus affirmatif.

La méthode de M. Wood remplit les conditions théoriques de la cure radicale. Elle met en œuvre le pouvoir adhésif des parois du sac, elle se propose l'oblitération du canal inguinal dans toute sa hauteur, elle rétrécit mécaniquement ce conduit par la suture, elle met enfin à profit les bénéfices de la chirurgie antiseptique. C'est plus qu'il n'en faut pour mériter le titre de bonne opération.

Quant aux statistiques, nous savons que celles de M. Wood sont excellentes. Malgré quelques discordances, les statistiques des autres chirurgiens partisans du procédé, parlent dans le même sens. Ainsi Sundberg cite 97 hernieux traités par la méthode de Greewell Dowell, avec 81 succès.

Donc, parmi les opérations sous-cutanées, le procédé de Wood tient sûrement le premier rang. Nous remarquerons cependant qu'au point de vue de ses résultats, on peut conclure pour lui, comme nous l'avons fait pour les opérations de cure radicale, dignes d'être discutées :

l'opération peut tuer; elle ne garantit pas sûrement l'absence de récurrence; elle a parfois procuré des cures radicales; elle a souvent permis la bonne contention de hernies auparavant incoercibles.

Les modifications acceptables du procédé de Wood (Agnew, V. Best) comportent évidemment les mêmes conclusions.

## II

### Méthodes modernes.

Le travail de contrôle auquel nous allons soumettre les méthodes modernes de cure radicale, a pour base les pièces justificatives qui terminent notre thèse. Le temps dont nous avons disposé pour cette rédaction, ne nous eût probablement pas permis de rassembler les nombreuses observations qui figurent dans nos tableaux, si nous n'avions pu mettre à contribution le récent travail de Leisrink; c'est pour nous un devoir de le reconnaître.

Quelle est d'abord la mortalité? Sur 219 cas nous avons 20 morts; mais, la mort ayant été notée une fois sans détermination de cause et ayant été produite par des affections telles que cancer du foie, tuberculose péritonéale ou pulmonaire, et affection du cœur, il nous reste 15 morts à mettre nettement sur le compte de l'intervention. — Sur ces 15 morts, 13 appartiennent aux hernies inguinales, 1 appartient aux hernies curales. Les 8 opérés

pour hernie ombilicale ont guéri. — Sur nos 219 opérations, 67 ont été pratiquées pour des hernies réductibles coercibles, 152 pour des hernies incoercibles par irréductibilité ou port douloureux de bandage. Notons soigneusement que 3 des morts appartiennent aux 67 premières opérations. Les autres morts appartiennent aux hernies incoercibles et se répartissent ainsi: 6 pour les hernies irréductibles, 6 pour les hernies incoercibles, 0 pour les hernies dites douloureuses.

Donc, nous sommes largement autorisé à dire que les méthodes modernes de cure radicale *peuvent tuer*. Peut-être même la proportion des morts que nous avons relevées est-elle inférieure à la réalité; car, au dire de Leisrink, Benno Schmidt doit prochainement publier une statistique portant à 20 p. 100 la moyenne de la mortalité.

Les causes de la mort se répartissent de la manière suivante: péritonite, 5 fois; septicémie, 2 fois; phlegmon des bourses, 3 fois; embolie pulmonaire, 1 fois; choc (?), 1 fois; perforation intestinale, 1 fois; hémorragie interne par le pédicule épiploïque, 1 fois; hémorragie au 10<sup>e</sup> jour par les vaisseaux du cordon, 1 fois.

La péritonite est, on le voit, relativement rare, grâce sans doute aux nouveaux pansements. Toutefois, dans la méthode de l'invagination, les opérateurs avaient aussi noté que la péritonite tuait moins souvent que les complications phlegmoneuses localisées. M. Reverdin semble dire que l'une des morts par péritonite étant survenue alors que l'opérateur avait employé le thymol au lieu de l'acide phénique, on est en droit d'affirmer encore plus nettement la rareté de la péritonite quand on