

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

emploie les nouvelles méthodes de cure radicale. Mais nous avouons que cet argument nous semble quelque peu spécieux.

En dehors des terminaisons mortelles, nous avons à relever les complications diverses qui ont retardé la guérison et les accidents opératoires.

Parmi ces derniers, nous noterons la blessure ou la section des éléments du cordon, accident certainement fréquent, pouvant compromettre la vitalité ultérieure du testicule et entraîner des hémorrhagies immédiates plus ou moins rebelles; la ligature du canal déférent; la ligature involontaire de l'un des viscères herniés, accident rare, mais possible, lorsqu'on lie le sac avant l'incision (Czerny a lié l'appendice vermiforme et Pauly a failli lier l'intestin); la fixation imparfaite de la ligature, qui dès lors peut abandonner le collet du sac (l'accident est arrivé à Riesel et n'a pas eu cependant de conséquences fâcheuses). Signalons, pour terminer cette première série de complications, celles qui sont imputables à la compression trop forte du pansement et à son influence irritante ou toxique; plusieurs fois on a dû modifier le pansement pour traiter des éruptions érythémateuses diverses, et M. Reverdin signale même un cas où la mort a été provoquée par l'intoxication phéniquée. Les autres complications, ont retardé la guérison dans trente-deux cas; les plus fréquentes sont les suppurations de la plaie, les phlegmons, les abcès, la gangrène du scrotum et la gangrène du testicule.

Ces quelques détails donnent à réfléchir et invitent à ne pas trop compter sur l'innocuité des méthodes modernes. Sur 219 opérés, avons-nous dit, 20 sont morts. Recher-

chons quel a été le bénéfice de l'intervention pour les 199 malades qui l'ont supportée.

La durée de la cicatrisation a été variable; elle est, du reste, rarement notée avec précision. Parfois elle est très rapide et huit jours suffisent. Schede, Riesel et Julliard en donnent des exemples. Mais, en moyenne, on peut évaluer cette durée à trois semaines pour les malades dont la guérison n'a été entravée par aucun incident fâcheux, et à quarante jours pour ceux qui ont eu à compter avec une complication.

En ce qui regarde les suites ultérieures, les faits publiés ne donnent trop souvent aucun renseignement utile. Sur 86 observations que nous avons compulsées, les unes se terminent par la mention: guérison, les autres nous apprennent que le malade a guéri, mais qu'il n'a pas été revu. Il est, en outre, trop rarement spécifié si, oui ou non, le patient continue à porter bandage. Des premiers, nous ne parlerons pas, et il est vraiment inconcevable que ceux-là mêmes qui prônent la cure radicale des hernies omettent si souvent les renseignements indispensables pour la juger. Quant aux autres, elles nous apprennent que le malade a bien supporté l'opération, mais elles nous laissent ignorer le résultat. Laissons donc ces 86 observations comme nulles à notre point de vue actuel.

Dans les 113 cas où les résultats sont donnés, nous trouvons: 44 récidives survenues immédiatement ou dans les premiers mois qui ont suivi l'opération, et 69 cas dans lesquels on considère la cure radicale comme un fait acquis. 69 cures radicales, c'est à coup sûr un chiffre respectable, mais voici le correctif: ce résultat a été considéré comme acquis sur des malades revus un mois, six

mois, un an, trois ans, après l'opération, et encore devons-nous ajouter que les malades revus au delà de deux ans, ne sont pas les plus nombreux. Sur de pareilles données peut-on affirmer la réalité d'une cure radicale? Nous ne le pensons pas, et si quelques doutes pouvaient subsister à cet égard, nous invoquerions à nouveau la statistique que nous devons à M. Berger et qui démontre jusqu'à l'évidence à quel point il faut être prudent et réservé en matière de cure radicale. Croire avec M. Guénod que le résultat cure radicale peut être considéré comme définitif par cela seul qu'il dure plus de deux ans, c'est à notre avis un excès de confiance que rien ne justifie.

Pour établir la guérison définitive des hernies, on a parfois invoqué les constatations anatomo-pathologiques faites sur des malades morts plus ou moins longtemps après l'opération; mais les documents de cette nature sont brefs et rares. Nous connaissons en tout six autopsies, dont nous empruntons la relation à Reverdin et à Leisrink.

1° Schede. — Hernie crurale étranglée, ligature du collet et extirpation du sac, mort plus de cinq mois après. Le péritoine s'enfonce dans l'anneau, mais le canal est fermé par un tissu dense.

2° Riesel. — Hernie inguinale opérée par le premier procédé de l'auteur. Autopsie cinq mois douze jours après l'opération; la partie centrale du collet est libre sur une longueur de 3 à 4 centimètres et laisse passer le bout du petit doigt. Canal rempli par une masse cicatricielle qui dépasse un peu les piliers en haut.

3° Weinlechner. — Hernie inguinale (procédé de Czerny), mort le 27<sup>e</sup> jour, oblitération complète sans enfoncement du péritoine dans le canal.

4° Reverdin. — Hernie inguinale (procédé de Czerny), autopsie dix mois après; mais le malade, qui est mort de péritonite tuberculeuse, ne s'est pour ainsi dire pas levé. Oblitération complète du canal. L'intestin était immobilisé par des adhérences nombreuses.

5° Czerny. — Hernie inguinale. Mort trois mois après l'opération. Il n'y avait pas trace de hernie « le péritoine était tendu en formant des plis radiés au niveau de l'orifice profond du canal inguinal ». Puisqu'il y avait des plis radiés, il est probable que le péritoine n'était pas « tendu », comme le dit Leisrink, et qu'il s'enfonçait plus ou moins dans le canal.

6° Esmarch. — Hernie inguinale, extirpation du sac et suture des piliers; mort au bout de deux mois. Oblitération complète du canal.

Les résultats de ces six autopsies ne sont vraiment pas de nature à atténuer notre scepticisme, et la conclusion que nous nous croyons en droit de tirer de cette analyse, c'est que la cure radicale des hernies est un résultat tout aussi aléatoire après les opérations modernes qu'il l'était après les anciennes.

En revanche, il est un fait qui se dégage nettement de l'ensemble des documents publiés. Les opérations pratiquées pour les hernies incoercibles ont donné comme résultat constant, la coercibilité de la hernie. Les observations inédites dont nous devons la communication à M. Julliard et à M. Lucas-Championnière sont à ce point de vue particulièrement démonstratives. C'est là qu'est la véritable utilité, l'unique utilité pourrions-nous dire, du retour de la chirurgie vers les opérations dites de cure radicale. Et si, au lieu de les décorer de ce nom, on vou-

laît bien consentir à leur attribuer une épithète plus modeste et plus en rapport avec le but qu'elles peuvent atteindre, on aurait le double avantage de ne pas rebuter les chirurgiens justement prévenus contre la qualification de cure radicale, et de donner à une opération rarement indiquée, mais quelquefois rationnelle, la place légitime qu'elle doit occuper en médecine opératoire.

La valeur précise des opérations modernes dites de cure radicale nous paraît ressortir nettement des considérations précédentes. L'analyse des faits nous a permis de conclure pour elles comme pour la méthode d'invagination. Toutes peuvent tuer. Aucune ne met sûrement à l'abri des récidives. Très exceptionnellement elles donnent des guérisons méritant le nom de cure radicale. Souvent elles triomphent de l'incoercibilité ou de l'irréductibilité des hernies et permettent leur bonne contention.

Mais ces conclusions sont encore trop larges. En effet, si l'on veut bien remarquer que les cas de cure radicale obtenus par le bistouri répondent justement aux circonstances d'âge, de santé et de lieu dans lesquelles l'application méthodique des bandages donne aussi la cure radicale; si l'on considère en outre que la cure radicale des hernies est un résultat trop chimérique pour que l'on puisse le prendre comme un élément sérieux d'appréciation, on arrive à définir la valeur des opérations dites de cure radicale de la manière suivante : *Elles peuvent tuer, mais c'est l'exception. Dans la majorité des cas, elles triomphent de l'incoercibilité ou de l'irréductibilité des hernies et permettent leur bonne contention.*

Cette conclusion est à notre avis formelle. M. Tilanus, en appréciant les procédés allemands, déclare « les soumettre à la critique impartiale et sévère qu'on n'a pas appliquée aux beaux chiffres des méthodes française et anglaise ». — Les restrictions implicitement contenues dans cette déclaration ne sont pas acceptables. Pour soumettre les observations anciennes et récentes à une critique absolument irréprochable, il faudrait pouvoir remplacer le laconisme avec lequel les résultats sont généralement annoncés, par des détails indispensables et précis. Or, cela nous est impossible, et nous nous refusons à trouver des différences qualitatives entre les statistiques française, anglaise ou allemande. On doit accepter les chiffres tels qu'ils sont, quitte à baser les déterminations sur des considérations d'un autre ordre.

Connaissant les opérations dont nous pouvons disposer, et les résultats qu'elles donnent, il nous faut maintenant déterminer les cas dans lesquels il est indiqué d'y recourir, et quel est le mode d'intervention auquel nous devons accorder la préférence. Pour cela il ne suffit pas d'être « chirurgien aseptique avec bonne tête et vaillante main », suivant une définition de M. Tilanus; il faut surtout mettre en pratique les enseignements de la chirurgie vraiment clinique, de celle qui place avant toute chose la judicieuse appréciation des indications et des contre-indications.

L'opinion que nous avons exprimée sur la valeur des opérations de cure radicale ne nous est pas uniquement personnelle; et parmi les chirurgiens qui ne se contentent pas de baser leur jugement sur l'analyse purement spéculative de faits plus ou moins nombreux, mais trop

souvent brefs et sans portée, il en est qui sont arrivés à formuler le même jugement.

Maas (de Fribourg) a eu l'occasion d'examiner à plus ou moins longue échéance des malades opérés par Czerny et par lui-même; tous avaient « une récidive ». — Schede, Czerny, Socin, Tilanus, Langenbeck, Reverdin et d'autres encore, s'élèvent contre les prétentions de ceux qui envisagent la cure radicale comme un résultat fréquent.

Mais nous appelons particulièrement l'attention sur la statistique de M. Julliard (1) et sur les conclusions qu'il en a tirées.

Une seule des 22 opérations dont il a bien voulu nous communiquer la relation, *une seule* a donné la cure radicale sans nécessité ultérieure de porter bandage. Le fait est du reste aussi exceptionnel par lui-même que le résultat qu'il a donné. Il s'agit d'une femme opérée pour une hernie crurale étranglée. Après avoir réséqué 18 centimètres d'intestin, et suturé les deux bouts, M. Julliard fit une incision de 6 centimètres à la paroi abdominale au-dessus de l'anneau, installa l'intestin tout contre l'anneau crural après l'avoir recouvert de l'épiploon, et termina en suturant l'anneau fibreux accidentel de la hernie et la plaie. L'opérée fut atteinte d'aliénation mentale, peu après, et cessa l'usage du bandage. — Cependant, voilà deux ans que l'opération a été faite, et M. Julliard a pu vérifier ces temps-ci que la guérison se maintenait sans aucune tendance à la récidive.

Sur tous les autres opérés qu'il a revus, M. Julliard a

(1) Voir tableau A (89, 90, 123, 132, 139, 146, 147, 153, 163, 164, 165, 169, 170, 174). Tableau B (96, 98, 104, 107, 108). Tableau C (43). Tableau D (69 et 81).

pu constater que, derrière la pelote, on sentait la hernie pointer et toute prête à se reproduire si l'on venait à cesser l'emploi du bandage. Mais chez tous ceux qui étaient atteints de hernie incoercible, douloureuse ou irréductible, les hernies sont demeurées coercibles et indolentes. Aussi la conclusion générale à laquelle M. Julliard a été conduit, est-elle non moins catégorique que la nôtre. Pour lui, l'opération radicale, n'a de radical que le nom; la récidive est la règle, quel que soit le procédé employé; il est donc inutile de prendre le bistouri dans le but de dispenser les malades du port d'un bandage. Par contre, l'intervention chirurgicale peut rendre des services dans le traitement des hernies douloureuses, incoercibles ou irréductibles.