

CHAPITRE IV

INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES HERNIES NON ÉTRANGLÉES. — CHOIX D'UNE OPÉRATION

En tête de ce chapitre, nous voudrions écrire en caractères ineffaçables ces paroles de Malgaigne : «... Si les simples bandages suffisent, que dire d'opérations douloureuses, laissant après elles des stigmates ineffaçables et qui, toutes, ont déjà compté des morts? *Que les chirurgiens appliquent la grande loi de la morale universelle, qui défend de faire à autrui ce que l'on ne voudrait pas souffrir soi-même.* En ce qui me concerne, je déclare que je ne me soumettrais à aucun de tous ces procédés.» Sous la sauvegarde de cette invocation, nous rechercherons d'abord quelles peuvent être les indications de l'intervention chirurgicale dans le traitement des hernies non étranglées.

I

Indications de l'intervention chirurgicale.

En examinant la valeur des opérations de cure radicale, nous avons conclu en disant : Toutes peuvent tuer ;

aucune ne garantit la cure radicale ; mais, dans la majorité des cas, elles rendent coercibles des hernies qui ne l'étaient pas.

La question des indications se pose donc en termes précis : L'incoercibilité d'une hernie balance-t-elle par ses inconvénients les chances de mort que donne l'opération? C'est à résoudre cette question délicate que nous allons nous attacher en envisageant successivement les hernies incoercibles réductibles et les hernies irréductibles. Mais, auparavant, nous parlerons des hernies réductibles et coercibles, sinon pour y chercher des indications, au moins pour affirmer la netteté des contre-indications.

Hernies réductibles et coercibles. — Les conclusions auxquelles nous sommes arrivé en étudiant les résultats obtenus par les bandages, nous permettent ici une solution rapide. D'un côté, nous avons un moyen simple, n'offrant aucune espèce de danger, donnant parfois la guérison définitive et présentant une efficacité telle qu'une hernie bien contenue peut être considérée comme une hernie guérie. De l'autre, nous avons une intervention opératoire qui ne peut assurer la cure radicale et qui peut tuer.

Le choix s'impose : il nous paraît évident qu'une intervention sanglante quelconque doit être sévèrement proscrite, quel que soit l'âge ou le sexe du sujet, quelle que soit la variété de la hernie. Du reste, nous devons reconnaître que beaucoup de chirurgiens partisans des opérations de cure radicale professent la même opinion.

Il en est cependant qui se croient en droit de passer outre. Les premières opérations de Riesel ont toutes

porté sur des hernies réductibles et coercibles, et nos tableaux ne contiennent pas moins de 67 opérations pratiquées pour des hernies de même nature. Y aurait-il donc des circonstances particulières où l'existence d'une hernie réductible et coercible puisse autoriser une intervention ? Encore une fois nous n'en voyons aucune.

Est-ce dans les cas de ce genre que la méthode des injections péri-herniaires, affirmant de plus en plus son innocuité et ses succès, viendra prêter au bandage un utile concours en obturant plus ou moins complètement l'orifice herniaire ? Nous n'oserions le nier, et nous formons des vœux pour qu'il en soit ainsi, mais à l'heure actuelle, il serait prématuré de se prononcer avec assurance. S'il est possible de faire une réserve en faveur des injections péri-herniaires, la conclusion à laquelle nous avons été conduit pour l'intervention opératoire, proprement dite, reste formelle : *Dans les hernies réductibles et coercibles, toute opération sanglante doit être sévèrement proscrite.*

Hernies incoercibles réductibles. — Ici nous devons examiner les choses de plus près et bien déterminer d'abord quelles sont les conditions exactes de l'incoercibilité, car, à notre avis, les opérateurs se sont beaucoup trop souvent empressés de décréter l'incoercibilité d'une hernie et d'y trouver l'indication d'une intervention. — Les bandages sont parfois intolérables à cause des douleurs qu'ils provoquent. Dans beaucoup de ces cas, il s'agit sans doute, comme l'a dit M. Gosselin, d'une sorte de névralgie des nerfs du cordon spermatique. Mais, quelle que soit l'interprétation, il y a là une variété d'incoercibilité dont il faut tenir compte. En général, ces douleurs n'ont pas une

intensité excessive ; dans les cas de ce genre, le premier devoir du chirurgien est de varier les moyens de contention, le mode ou le temps de leur application, de soigner le malade lui-même, d'user en un mot de tous les artifices dont il dispose.

Le plus souvent le succès répond à ces efforts ; mais en supposant le cas d'une hernie dangereuse par son siège, par sa tendance à l'accroissement et manifestement incoercible de par une sensibilité excessive, faut-il abandonner le mal à lui-même ou faut-il intervenir ? Il est bien difficile de préciser davantage les termes du problème, d'autant que nous ne connaissons pas d'observation clinique répondant au tableau extrême que nous venons de tracer. Mais si, par exception, cet ensemble symptomatique se rencontrait, nous pensons qu'il y aurait lieu d'intervenir.

Les observations de hernies douloureuses opérées par les méthodes dites radicales ne manquent pas. Dans ces cas les souffrances étaient-elles assez grandes pour que la contention fût impossible à obtenir autrement ? Nous nous permettrons d'en douter.

A côté de ces hernies douloureuses, nous pourrions ranger quelques faits exceptionnels de hernies qui malgré leur réductibilité et leur coercibilité, retentissent d'une manière fâcheuse sur la santé générale du sujet. Ainsi, notre ami M. Paul Reclus rapporte l'exemple d'un enfant de six ans qui se présente dans les conditions suivantes : La hernie ombilicale dont il est atteint, dit-il, « est surveillée avec soin. Elle est maintenue par des bandages dont on a varié la forme et la pression ; la tumeur n'en persiste pas moins et se reproduit dès que la pelote est enlevée. Or, il existe des troubles gastriques très pro-

noncés et des vomissements que nous ne pouvons jusqu'ici rattacher qu'à la présence de la hernie. N'y aurait-il pas lieu d'intervenir ? » Notre ami M. E. Brissaud a observé un fait entièrement semblable. Nous comprenons très bien que M. P. Reclus se soit posé cette question ; mais en supposant que l'indication fût plus positive encore dans ce cas particulier, nous pensons que les faits de cette nature sont trop rares pour les faire figurer au nombre des indications nettes de la cure dite radicale.

Enfin l'incoercibilité d'une hernie peut tenir à son volume, à son accroissement incessant, à son siège, à la dimension des orifices, à la maigreur du sujet ou à toute autre cause, la hernie triomphe alors des bandages, et, qu'il s'agisse d'une contention simplement imparfaite ou d'une incoercibilité complète, on sait toutes les conséquences fâcheuses d'un pareil état de choses.

Dans ces conditions, nous pensons qu'il est des cas dans lesquels l'opération est permise et où ses avantages sont incontestablement supérieurs aux risques de l'abstention. Ainsi, d'une manière générale, l'incoercibilité d'une hernie pourtant réductible peut constituer une indication à l'intervention. Mais cherchons à préciser davantage par l'examen des principales variétés de hernies.

Hernies ombilicales. — On sait qu'il existe dans la science, un certain nombre d'exemples de hernies ombilicales congénitales réductibles dans lesquelles l'intervention chirurgicale a pu être couronnée de succès. Le cas d'Hamilton est bien connu : après avoir réduit les parties contenues dans la hernie et appliqué une ligature autour de sa base, il rapprocha les bords de l'ouverture au

moyen de deux épingles d'argent et d'un emplâtre agglutinatif. En peu de jours la guérison fut complète (Lawrence). Hubbauer a publié une observation d'exomphale du volume d'une tête d'enfant qui s'était rompue pendant l'accouchement. Il réduisit les viscères et fit la suture des bords de l'anneau ombilical. La cicatrisation était commencée lorsque l'enfant succomba.

M. Nicaise, dans son article du *Dictionnaire Encyclopédique*, dit qu'en tenant compte des progrès de la thérapeutique chirurgicale, « on sera autorisé, dans certains cas, si la hernie est réductible, à tenter la cure immédiate ».

S'il arrive après la chute du cordon que le péritoine soit ouvert, M. Gosselin admet comme une pratique rationnelle de faire la réduction et de fermer la perforation par deux ou trois points de suture enchevillée, disposés de manière à adosser à elle-même la surface péritonéale du sac. Mais les faits de cet ordre sont l'exception et la seule conduite générale à tenir, c'est, comme le dit M. Duplay, de « se borner à soutenir la région ombilicale par un bandage médiocrement serré et de faciliter par de courtes manœuvres de refoulement, l'ampliation de la cavité du ventre ».

Les hernies ombilicales de l'enfance se prêteront-elles mieux à l'intervention ? Plusieurs l'ont pensé et ont admis comme indication suffisante l'incoercibilité, ou même les simples difficultés de contention. En faisant l'histoire de la ligature et de l'invagination, nous en avons trouvé des exemples nombreux. En 1842, M. Bouchacourt estimait qu'il faut opérer lorsque l'appareil, pour une cause ou pour une autre, par exemple en raison de l'indocilité de

l'enfant, remplit mal son office, et que la hernie n'a aucune tendance à guérir. Giraldès, dans ses leçons cliniques, exprime une opinion analogue. Depuis le renouveau de la cure radicale, ces tendances se sont encore accusées.

Pour ne prendre que les travaux les plus récents donnant l'expression fidèle des dispositions de la chirurgie étrangère, nous citerons la thèse de Guénod et celle de V. de Mestral. Guénod estime que « les chances de succès dépassant énormément les chances de non-réussite chez les enfants, l'opération radicale est indiquée chez les sujets de cette classe toutes les fois que la hernie ne peut plus être contenue par un bandage ».

V. de Mestral est encore plus explicite, et l'impression générale qui résulte de l'examen des faits observés à l'étranger, c'est que les hernies ombilicales de l'enfance exigeraient souvent l'intervention. D'après nous, on ne saurait réagir avec trop d'énergie contre le côté excessif de cette tendance. Lorsque nous voyons opérer des enfants de deux ans, de trois ans, sous le simple prétexte que leur bandage tient mal, ou que la guérison ne s'accuse pas assez vite, nous estimons que c'est contrevenir aux lois les plus élémentaires du traitement des hernies de l'enfance. La seule règle générale à poser et à suivre c'est la règle classique. N'oublions jamais que la tendance habituelle des hernies ombilicales de l'enfance, c'est la tendance à la guérison. Favoriser ce travail en maintenant les viscères, telle est l'indication. M. Gosselin l'a formulée en termes nets : « Ces opérations ne doivent pas être discutées dans les ouvrages de chirurgie, d'abord parce qu'elles exposent à la mort, et ensuite parce que les enfants

guérissent aussi bien par les efforts de la nature, aidés de l'application d'un bandage bien fait et convenablement surveillé. »

On peut donc conclure aujourd'hui, comme M. Duplay, à l'époque où il fit sa thèse : « La cure radicale chez l'enfant ne doit jamais être tentée. » En clinique, le mot *jamais* est grave à prononcer, mais, dans l'espèce, nous estimons qu'il est beaucoup plus profitable d'exagérer dans le sens de l'abstention, que dans celui de l'intervention.

Chez l'adulte, et dans l'immense majorité des cas, les bandages doivent suffire pour triompher de l'ineoercibilité. Cependant nous reconnaissons aujourd'hui, mieux encore qu'en 1866, qu'on peut dire, avec M. Duplay : « Lorsque la hernie est assez volumineuse, difficile à réduire et surtout à contenir, qu'elle expose à de fréquentes douleurs abdominales, qu'elle empêche le malade de se livrer à ses occupations, enfin lorsque celui-ci désire avec ardeur une opération qui puisse le délivrer, *bien que tous les dangers de cette opération lui aient été préalablement exposés*, je pense que, dans ces circonstances *exceptionnelles*, la cure radicale peut être tentée. »

La *hernie inguinale* se prête aux mêmes considérations, principalement en ce qui regarde les hernies de l'enfance. Il est cependant une variété qui doit nous arrêter c'est la *hernie inguinale congénitale*, compliquée d'ectopie testiculaire. Dans cette variété, il n'est pas absolument rare de voir le testicule devenir lui-même un obstacle à la contention, soit à tous les âges, à cause des douleurs qu'il occasionne sous la pression de la pelote, soit chez les enfants, à cause de la crainte légitime que le chirurgien

gien éprouve à compromettre le libre développement de cet organe. Nussbaum, Winiwarter, Koehel, et d'autres chirurgiens, ont trouvé l'indication suffisante et sont intervenus dans ces conditions. Nous pensons qu'il faut être d'une prudence extrême dans l'appréciation des cas particuliers.

Il faut, en outre, distinguer nettement au point de vue de la détermination, les enfants et les sujets âgés. A notre avis chez les enfants ou les sujets jeunes, et tant qu'on a lieu d'admettre que la migration normale du testicule n'est pas achevée, toute intervention chirurgicale doit être proscrite. On se rappellera donc que la migration du testicule ne s'achève parfois qu'à la puberté et l'on guidera sa conduite sur les conseils donnés par M. Gosselin dans ses cliniques. On évitera la compression du testicule, on saura temporiser et, suivant les cas, on reculera l'application du bandage jusqu'au moment où le testicule en permettra l'application, ou bien si le développement de la tumeur vous force la main, on aura recours au bandage à pelote échancrée ou fourchue. Quant à l'indication d'une intervention par le bistouri, nous ne la voyons pas.

Chez les adultes, nous n'avons pas les mêmes raisons de nous prononcer quand même contre l'intervention et nous voulons bien en admettre l'indication; en la spécifiant toujours en ces termes : incoercibilité avérée, inconvénients graves, testicule évidemment compromis dans ses fonctions, malade consentant, doublement consentant même, car la castration pourra être un complément accidentel ou prémédité de l'opération.

Dans la hernie crurale, nous pensons que les indica-

tions de l'intervention pour mauvaise contention doivent être admises un peu moins difficilement que pour les autres hernies. En effet, la hernie crurale est souvent moins gênante que les autres. Voilà le bon côté; mais, comme le disait Malgaigne, voici le pire : elle est beaucoup plus sujette à s'étrangler que toute autre espèce de hernie, et l'étranglement est toujours très-grave. Il n'en faut pas davantage pour rendre plus hardi le chirurgien qui se trouve en présence d'une hernie crurale mal contenue. Or, on sait que la contention des hernies est toujours difficile dans cette région; il est donc naturel d'admettre que les indications d'une intervention se rencontreront ici plus souvent qu'ailleurs.

Ainsi, après avoir envisagé la question dans son ensemble et dans plusieurs de ses cas particuliers, nous arrivons à cette conclusion générale : *Dans certaines conditions exceptionnelles, lorsqu'on aura épuisé avec habileté et persévérance toutes les ressources fournies par les bandages, l'incoercibilité complète ou la mauvaise contention avérée d'une hernie pourront autoriser l'intervention chirurgicale.*

Hernies irréductibles et non étranglées. — Ici nous allons trouver des indications moins rares. Notre ami P. Reclus l'a fort bien dit (*Gazette hebdomadaire* du 24 février 1882) : « Des individus de tout sexe et de tout âge, pour des hernies de toute espèce que le bandage n'avait pu guérir et même contenir, ont été débarrassés de cette infirmité par une opération peu grave qui, dans la statistique que nous citons, n'a jamais causé la mort. Il ne faut donc pas la proscrire *a priori*, mais chercher à établir prudemment quelles en sont les indications. »

Les hernies, dont l'irréductibilité est assez ancienne pour être considérée comme définitive, constituent, on ne peut le nier, une infirmité pénible et un danger permanent. Certainement, les bandages à pelote concave, à pelote recourbée, rendent ici des services et, chez les hommes qui ont passé l'âge moyen de la vie et que leur situation sociale dispense d'une vie trop active ou de travaux pénibles, nous estimons qu'il faut savoir résister à la tentation ou même à la demande d'une intervention chirurgicale. — L'indication est de perfectionner la forme du bandage et de sa pelote, jusqu'à réalisation d'un résultat aussi satisfaisant que possible. — Cependant il est bien certain qu'à toutes les époques on a été frappé des difficultés qu'il y avait à soulager efficacement les hernieux irréductibles, et, sans remonter bien loin, nous pourrions rappeler que, peu de temps avant sa mort, le professeur Valette (voir le *Lyon médical* du 26 novembre 1876) s'était prononcé pour l'intervention dans les cas auxquels nous faisons allusion.

Pour notre compte, nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Chez les sujets jeunes, bien portants, les résultats que peut donner l'intervention chirurgicale nous ont paru de nature à légitimer une certaine hardiesse. Quoi de plus satisfaisant, en effet, que cette guérison d'un opéré de M. Reverdin : « Avant l'opération (il s'agit d'une épiplocèle inguinale, adhérente, volumineuse avec hernie du gros intestin) le malade était entravé dans son travail par la tumeur; elle donnait lieu à une sensation de tiraillement au creux de l'estomac et à des troubles digestifs constants. Après l'opération, cet homme allait de Zurich à Berne à pied sans gêne et sans fatigue. »

Les guérisons obtenues par MM. Julliard, Lucas-Championnière et beaucoup d'autres, sont non moins satisfaisantes. Du reste, à l'étranger, on peut dire que l'accord est unanime. Il est même des chirurgiens pour lesquels le seul fait de l'irréductibilité constitue une indication suffisante, et Guénod, par exemple, arrive à cette conclusion que « l'opération est indiquée chez les adultes et les vieillards dans tous les cas où un bandage n'est pas supporté ou n'est pas efficace dans son action ».

Nous sommes loin d'être aussi absolu, mais nous pensons qu'on est autorisé à intervenir dans les cas de hernies irréductibles lorsque le bandage est mal supporté; lorsque le sujet est un jeune homme ou un adulte bien constitué et bien portant; lorsqu'il est personnellement consentant et prévenu qu'une intervention sanglante, si bénigne qu'elle puisse être, comporte toujours ses dangers. En un mot, il faut que les inconvénients du mal balancent strictement les éventualités de l'opération. Mais ces circonstances diverses ne suffisent pas. Pour être autorisé à prendre le bistouri, une dernière condition doit être remplie, et celle-ci est de la plus extrême importance : Il ne faut pas seulement que la hernie soit irréductible, il faut que son irréductibilité soit avérée et qu'elle ait invinciblement résisté aux moyens de réduction dont le chirurgien dispose, et qu'il ne doit jamais manquer de mettre en usage avec *patience et persévérance*.

Par ces temps de cure radicale, cette règle du traitement des épiplocèles irréductibles doit être rappelée avec insistance. Notre maître, M. le professeur Trélat, ne manque jamais dans son service et dans ses cliniques de fixer l'attention de ses auditeurs sur cette donnée importante de la

thérapeutique herniaire. Les faits sont connus de longue date ; l'un des plus anciens est celui d'Arnaud : ce chirurgien avait traité par le repos, les bains et les purgatifs, une volumineuse épiplocèle crurale, depuis longtemps irréductible. Au bout d'un mois, la tumeur avait diminué au point de permettre l'application d'un bandage à pelote concave et au bout d'un autre mois, la réduction s'était opérée.

Les observations analogues se sont ensuite multipliées et l'on sait tout le parti que Malgaigne en a tiré dans son enseignement sur le traitement des hernies. Sans doute ces exemples sont restés dans l'esprit de tous. Broca, son élève, n'acceptait guère le mot « irréductible », et il a fait réintégrer le domicile abdominal à bien des épiplocèles que l'on en disait définitivement expulsées. Chaque année, au lit du malade, il revenait sur la nécessité de la « patience et de la persévérance ». M. le professeur Gosselin, dans ses leçons de clinique, insiste sur ce fait que « lorsqu'une épiplocèle est restée longtemps irréductible et s'est enflammée de temps à autre, la réduction peut être obtenue après un traitement convenable et doit être tentée ». Il cite à l'appui de son dire un lieutenant d'infanterie qu'il a soigné pour une hernie inguinale irréductible depuis dix ans. Cet officier garda le lit, prit deux purgatifs et un bain par semaine, se soumit à une nourriture légère et conserva un cataplasme sur la tumeur. Au bout de six semaines, la hernie se réduisit spontanément.

Tout récemment M. Berger a observé un fait analogue dont notre ami M. Picqué nous a communiqué l'observation. Il s'agit d'un courtier de commerce âgé de quarante

ans, entré le 11 novembre 1882, à l'hôpital de la Charité. Ce malade avait une volumineuse entéro-épiplocèle inguinale droite, irréductible ; il ne pouvait porter bandage, parce que, fait exceptionnel du reste, l'intestin était aussi irréductible que l'épiploon. M. Berger maintint le malade au lit, le soumit à un régime léger et fit de la compression ouatée avec bande de caoutchouc. Le 11 décembre la hernie céda à un taxis modéré. M. Paul Reclus nous citait deux observations où par le repos, les purgatifs et la compression élastique, il avait guéri deux énormes épiplocèles inguinales, irréductibles depuis 9 et 15 mois.

Nous pourrions emprunter aux diverses publications traitant des hernies, des exemples analogues, mais il faut cependant reconnaître avec M. Trélat que, depuis Malgaigne, nos livres classiques n'ont pas suffisamment insisté sur le traitement des épiplocèles irréductibles et particulièrement sur les règles précises de ce traitement. Nous croyons donc utile de reproduire ici les parties essentielles d'une clinique récente et inédite de M. le professeur Trélat (1) sur cette question.

Je conserve, nous disait-il, le souvenir de deux malades observés à Necker en 1882, d'un jeune homme de vingt-neuf ans atteint d'une hernie inguinale irréductible depuis dix ans, de plus de neuf cas en tout, dans lesquels j'ai réduit, sur des hommes dont l'âge varie de vingt-neuf à soixante-huit ans, des épiplocèles dites irréductibles entre une seule séance et un mois de traitement.

A ces neuf cas nous devons ajouter l'observation

(1) Clinique du 20 février 1883.

du malade à propos duquel M. Trélat faisait sa clinique du 20 février et celles de trois hommes que nous avons pu observer au mois de mars de cette année dans le service de notre maître. Le premier, âgé de soixante-huit ans, commerçant retiré, portait un bandage pour une hernie inguinale gauche datant de vingt-cinq ans. Le bandage quoique bien fait, remplissait imparfaitement les indications, il obturait suffisamment l'orifice herniaire, mais ne comprimait pas assez le trajet. Un samedi, à la suite d'un effort, la hernie sortit tout à fait, un bandagiste aussitôt appelé, pratiqua sans succès 1 heure 1/2 de taxis. Le lendemain, c'était un dimanche, le bandagiste ne vint pas, mais le lundi il renouvela ses tentatives avec une énergie dont témoignaient les excoriations du tégument. Le patient se décida à appeler un médecin qui demanda l'avis de M. Trélat.

Les selles n'étaient pas entièrement suspendues, il n'y avait pas d'angoisse, bref, on ne constatait ni les phénomènes fonctionnels de l'oblitération intestinale ni les phénomènes généraux de l'étranglement, et M. Trélat se basant en outre sur le caractère de la tumeur herniaire, fit le diagnostic d'épiplocèle enflammée. — Pendant 3 jours toute tentative de taxis fut proscrite, l'épiploïte seule fut soignée. Le malade fut mis au régime, une vessie de glace maintenue sur la tumeur, et l'on procéda tous les quatre ou six jours à des tentatives de réduction. Le vingt-sixième jour, la réduction était complète.

Le deuxième est un homme de quarante-neuf ans, entré dans le service de clinique chirurgicale de Necker, pour une épiplocèle crurale droite apparue depuis deux semaines environ. Dans ce cas le traitement fut simple :

après avoir maintenu le malade au lit pendant trois jours, M. Trélat fit un taxis de quelques secondes et l'épiplocèle rentra. Le malade sortit de l'hôpital peu de temps après, avec un bandage contenant suffisamment sa hernie.

Le troisième est un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint d'une hernie inguinale droite, datant de six ans et présentant, lors de son entrée à Necker, des phénomènes d'étranglement. Il y avait de l'anxiété, des vomissements bilieux, de la tension de l'abdomen. Depuis la veille au soir, les selles étaient suspendues. Malgré cet ensemble symptomatique, M. Trélat, se basant surtout sur les caractères de la tumeur, sur son volume, sur la rougeur du scrotum et sur la présence d'une quantité notable de liquide dans le sac, crut devoir remettre l'intervention jusqu'au soir. Il me recommanda d'opérer sans retard si les phénomènes d'étranglement s'accroissaient, et fit maintenir une vessie de glace sur la tumeur. — Le soir du même jour, les selles n'étaient pas rétablies, mais la tumeur avait diminué et l'état général semblait s'améliorer. — Le lendemain cette amélioration était manifeste, la tumeur avait diminué d'un tiers, par la disparition du liquide contenu dans le sac. La rougeur de la peau s'était dissipée et par l'examen direct on constatait que la tumeur était en majeure partie constituée par de l'épiploon. Le surlendemain, les fonctions intestinales se rétablissaient.

Le quatrième malade est un homme de quarante-deux ans, entré le 19 mars à l'hôpital Necker avec une épiplocèle inguinale gauche assez volumineuse, irréductible depuis trois mois environ. M. Trélat suivit sa règle de conduite habituelle et le quinzième jour, la hernie était réduite.

Voici les principales données du traitement à suivre dans les cas de ce genre : Au début, s'il y a des phénomènes d'inflammation et que la tumeur soit tendue, on soignera d'abord l'inflammation. L'application continue d'une vessie de glace, donne ici d'excellents résultats. Cette première indication étant remplie, on se souviendra que le repos, les purgatifs, la demi-diète, les tentatives rares de réduction sont les éléments essentiels du succès.

On sera particulièrement attentif à ne faire la première tentative de taxis, qu'après avoir soumis le malade durant quatre ou cinq jours à la demi-diète, au repos et aux purgatifs légers. Le taxis ne sera fait que tous les cinq à sept jours; enfin, dans les cas rebelles, on se trouvera bien de recourir à l'emploi quotidien d'une pression continue pendant deux heures environ, à l'aide d'une bande de caoutchouc.

Grâce à cette pratique, on obtiendra d'abord l'amai-grissement de la tumeur, son assouplissement et plus tard sa réduction. Est-il besoin d'ajouter qu'un diagnostic précis est la condition préalable indispensable à remplir? Cela est trop évident et nous rappellerons simplement que, sans diagnostic et sans prudence, les moyens que nous venons de conseiller peuvent avoir les conséquences les plus graves.

La bande de caoutchouc employée sans douceur et sans sagesse devient un moyen détestable. Quant à la temporisation dans les cas où le moindre soupçon s'élève sur un étranglement possible, nous savons qu'elle est déplorable. Lorsqu'il y a doute, M. Le Fort l'a judicieusement écrit : *Ne pas remettre au lendemain*, et, si l'on ne peut réduire, *opérer séance tenante*. Telle doit être la règle.

Ainsi, tout ce que nous avons dit plus haut n'a de raison d'être que si le diagnostic est formel. Mais formelle aussi doit être notre conduite, s'il est avéré que la hernie est simplement irréductible.

Il m'est arrivé plusieurs fois, disait encore M. Trélat, d'entrevoir la possibilité d'une opération analogue à la cure radicale, c'est-à-dire résection de l'épiploon hernié et du sac, réduction du pédicule avec des ligatures et suture de l'orifice; mais jusqu'ici jamais je n'ai eu à la faire parce que j'ai toujours, avec plus ou moins de persistance, réduit les hernies. Notamment à la Charité l'opération était préparée pour un malade chez lequel j'ai fait la réduction le vingt-neuvième jour, au moment même où je désespérais de l'obtenir.

Ainsi, voilà 17 malades (celui de M. Gosselin, celui de M. Berger, les 2 de M. Reclus et les 13 de M. Trélat), qui tous ont été guéris sans l'ombre d'un péril couru. Les partisans, à outrance, de la cure radicale, les eussent tous incisés; mais en supposant que le bistouri les eût tous guéris, qui donc oserait établir un parallèle entre ces deux pratiques?

Cette digression nous permet de revenir à notre point de départ et de formuler notre opinion sans arrière-pensée : *Dans les hernies irréductibles et non étranglées, l'intervention chirurgicale est indiquée lorsque les inconvénients du mal sont strictement proportionnels aux dangers de l'opération, et lorsque la réduction n'a pu être obtenue autrement.*

Cette conclusion générale est applicable aux hernies inguinales aussi bien qu'aux hernies crurales et ombilicales. Les statistiques semblent établir que les chances

de mort sont les mêmes dans les trois cas. Kocher et de Mestral ont, il est vrai, prétendu que le pronostic était plus particulièrement bénin dans les hernies ombilicales; mais s'il est exact que les opérations pratiquées pour guérir cette variété de hernie n'ont pas encore été suivies de mort, elles sont trop peu nombreuses pour permettre d'adopter l'affirmation de Kocher.

Nous rappellerons aussi que les difficultés habituelles de la contention des hernies crurales permettent d'être plus audacieux à leur égard, et que dans les hernies inguinales, la coexistence d'une ectopie testiculaire peut donner lieu à des indications spéciales.

Ainsi tous les détails dans lesquels nous sommes entrés nous amènent à cette conclusion, que l'incoercibilité ou l'irréductibilité d'une hernie autorise l'intervention chirurgicale et la mise en œuvre des opérations dites de cure radicale.

Réduite à ces termes, notre conclusion est analogue à celle de plusieurs chirurgiens, partisans déclarés du traitement chirurgical des hernies non étranglées, elle en diffère cependant par un côté essentiel: les chirurgiens dont nous parlons, les observations le prouvent, opèrent en quelque sorte *toutes* les hernies irréductibles et incoercibles, tandis qu'à notre avis *très peu* d'entre elles réclament l'intervention. Pour n'être que quantitative, la différence nous paraît avoir cependant sa valeur. Pour opérer, il ne faut pas, à notre avis, qu'une hernie soit simplement irréductible ou incoercible, il faut en outre que cet état compromette effectivement la santé ou simplement l'activité. Cette dernière considération acquiert une importance de premier ordre chez les hommes qui

ont besoin du libre usage de leur force pour gagner leur vie. Il faut enfin que l'âge, l'état de santé ou la constitution, ne viennent pas créer des contre-indications.

D'une manière générale, il ne faut opérer ni les enfants, ni les vieillards. Ce n'est pas sans raison que les affections chroniques des poumons ont été considérées comme peu favorables au succès; les secousses de la toux viennent en effet compromettre le résultat immédiat ou ultérieur de l'opération. L'état de maigreur des sujets, la laxité de leurs parois abdominales, peuvent être, avec l'extrême élargissement des orifices herniaires, des contre-indications fort nettes.

Quel bénéfice attendre d'une intervention chez les hernieux de longue date dont les viscères ont perdu droit de domicile dans la cavité abdominale? Aucun, bien certainement; au contraire, l'indication n'est-elle pas évidente chez l'homme vigoureux qui, voyant son activité ou sa santé compromise, réclame avec instance une intervention légitime? Si nous nous sommes bien expliqué, on peut voir que nous envisageons l'intervention chirurgicale dans les hernies non étranglées, non pas comme une intervention *d'urgence*, mais comme une intervention *opportune* qui, à l'instar de ses pareilles, exige non seulement des indications basées sur la nature même du mal qu'elle est appelée à combattre, mais aussi des indications d'un ordre plus général que doivent fournir l'âge, la constitution, l'état de santé, la condition sociale, et surtout le consentement formel du malade.