

II

Choix d'une opération.

Lorsque l'intervention par le bistouri est décidée, dans un cas donné de hernie non étranglée, à quelle opération doit-on recourir, quelle est en un mot l'opération de choix? Si la hernie est irréductible, il n'y a pas d'hésitation, les méthodes dites modernes, sont seules possibles. Si la hernie est réductible, plusieurs procédés se présentent à nous comme rationnels.

Nous n'avons oublié ni les guérisons obtenues par la ligature dans les hernies ombilicales, ni le parti que quelques chirurgiens ont su tirer de l'invagination cutanée, ni les résultats superbes annoncés par M. Wood. Cependant nous croyons pouvoir dire que ces divers procédés, susceptibles sans doute de remplir avantageusement les indications dans certains cas particuliers, ne présentent pas les qualités que l'on est en droit d'attendre d'une méthode de choix.

Certes, nous ne sommes pas de ceux qui aiment à répéter que depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique on peut « sans danger » ouvrir largement le péritoine des malades. Cet argument simple remplace trop souvent à notre époque la consciencieuse discussion des indications et des contre-indications.

En revanche nous apprécions à sa juste et grande valeur la chirurgie antiseptique, soigneuse et jalouse d'ob-

server scrupuleusement les diverses précautions qui assurent le libre écoulement des sécrétions de toute surface cruentée, et suppriment les dangers terribles qu'offraient les anciennes tentatives de réunion par première intention. Nous admirons la sûreté de ses résultats et l'atténuation considérable qu'elle apporte à la gravité des opérations les plus sérieuses. Aussi, n'acceptant l'intervention dans les hernies que lorsque les inconvénients du mal sont au moins égaux aux dangers de l'intervention, il est bien naturel que nous préférions à des méthodes lentes dans leur action ou difficiles dans leur exécution, des méthodes directes, larges, et dans lesquelles, opérant à ciel ouvert, on agit vite et sûrement.

C'est pourquoi nous ne discuterons pas plus longtemps sur les exceptionnels avantages de la ligature ou de l'invagination, ni même sur l'opportunité du procédé sous-cutané de Wood. — M. Wood, grâce à son habileté, grâce au soin naturel qu'il met à l'exécution d'un procédé qu'il a conçu lui-même, obtient de beaux résultats, nous ne le contestons pas; mais nous nous souvenons de cette accusation plusieurs fois portée contre la méthode : elle s'est, dit-on, montrée périlleuse dans des mains autres que celles de M. Wood. Cette considération a sa valeur, et comme les difficultés d'exécution du procédé ne sont vraiment pas discutables, nous ne pouvons la ranger au nombre des méthodes de choix.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une hernie réductible ou irréductible, c'est aux méthodes directes que nous donnons la préférence. Notre tâche se réduit donc à faire un choix dans les divers temps qui constituent les « méthodes modernes de cure radicale », et à préciser l'opération que

nous croyons préférable dans tel ou tel cas particulier.

Que devons-nous penser des différentes manœuvres destinées à détruire, à oblitérer ou à suturer le sac, et quelle est celle que nous choisirons? Les statistiques ne fournissent pas les éléments nécessaires à la solution de la question, et la cure radicale est tout aussi aléatoire, à la suite des opérations dites de cure radicale, qu'à la suite des opérations de kélotomie pour hernie étranglée. Nous savons que Schede néglige souvent les manœuvres s'adressant au sac, et, si l'on excepte le temps du débridement, sa méthode de cure radicale est, en définitive, une kélotomie ordinaire.

Or, nous n'avons aucune raison de considérer les résultats obtenus par ce chirurgien, comme inférieurs à ceux des opérateurs qui extirpent le sac quand même. Théoriquement, il est rationnel de chercher à supprimer la cavité du sac herniaire, particulièrement au niveau de son collet. Pour se reproduire, dans ces conditions, la hernie devra, tout au moins, prendre le temps de se faire un nouveau sac et l'on ne peut nier que la ligature du collet ne favorise la contention définitive des hernies. Nous admettrons donc cette première manœuvre.

Pour lier le sac, nous croyons qu'il est au moins superflu de recourir aux sutures compliquées, telles que la suture dite interne du collet du sac récemment décrite par Czerny. De même, nous ne voyons pas les avantages qu'il peut y avoir à se servir du fil qui vient d'étreindre ou de transfixer le sac pour suturer les piliers ou même la peau comme le fait Englisch.

La ligature la plus simple sera la meilleure, et la ligature circulaire à l'aide d'un fort fil de catgut, nous paraît

réunir tous les avantages lorsqu'on n'extirpe pas tout le sac. Lorsqu'on pratique simultanément l'extirpation du sac et que l'on réduit la partie étreinte par le fil, il est prudent, pour empêcher celui-ci de glisser, de faire la ligature avec un fil double qui transfixe le collet avant de l'étreindre par ses deux moitiés. Une dernière règle importante à suivre, c'est de lier le collet le plus haut possible. Ces quelques conseils sont applicables à la ligature du sac dans toutes les variétés de hernies; on se rappellera, cependant, que dans certains cas, la suture à points séparés est préférable.

Voici comment procède Socin dans la hernie ombilicale: une première série de points de suture réunit la plaie péritonéale; une deuxième est destinée à amener l'occlusion de l'orifice fibreux; une troisième enfin rapproche les bords de l'incision cutanée. Nous pensons que, dans les cas de ce genre, il est plus simple de se comporter vis-à-vis du péritoine comme on le fait journellement dans l'ovariotomie.

La ligature du sac étant admise comme une manœuvre rationnelle, convient-il d'y joindre, dans tous les cas, l'extirpation du corps du sac ou vaut-il mieux le laisser dans la plaie?

La résection du sac suppose évidemment sa dissection préalable; or, cette dissection généralement simple et facile lorsqu'il s'agit d'une hernie crurale par exemple, offre des difficultés réelles lorsqu'il s'agit d'une hernie inguinale. Comme l'a très bien dit notre ami, M. Ramonède, dans son excellente thèse sur le canal péritonéo-vaginal, le sac est toujours placé, non pas de tel ou tel côté du cordon, mais bien dans l'intérieur même du cordon, sous la

tunique fibreuse commune et en contact direct avec les organes qui le constituent.

Dans les hernies communes, ce contact n'est pas tellement intime qu'on n'en puisse triompher; et la dissection du sac, tout en restant périlleuse, est possible. Mais dans les hernies congénitales (leur mécanisme est là pour en témoigner) ce n'est plus un contact, c'est une adhérence intime, et toute tentative de dissection devient excessivement dangereuse pour l'intégrité des éléments du cordon, — partant pour la vitalité du testicule lui-même; les cas de gangrène du testicule, à la suite des opérations pratiquées sur les hernies inguinales, en font foi. Quelques chirurgiens, Czerny en particulier, se sont efforcés de remédier au danger en imaginant des sutures plus ou moins compliquées qui nous inspirent peu de confiance. Le vrai moyen de tourner les difficultés, serait en somme de pratiquer la castration.

Il nous est pénible d'avoir à discuter, en 1883, une pratique condamnée par les chirurgiens de tous les siècles, mais les publications les plus récentes nous y obligent, et des chirurgiens tels que Riesel, Weinlechner, Wattmann, Leod et Socin n'ont pas hésité à faire de la castration un temps *accessoire* de la cure radicale. Kraske (*Centralblatt für chir.*, 1882 et 1883), conseille de sacrifier le testicule si la cure radicale ne peut être faite qu'à ce prix, et les indications qu'il admet se résument à ceci: castrer si la dissection du sac est difficile!

Que l'on pratique, suivant le conseil de Czerny, la cure radicale avec castration dans le cas où le testicule est atteint d'un néoplasme ou d'une affection réclamant elle-même la suppression de l'organe, soit; Julliard et Horand,

de Lyon, n'ont pas agi autrement; peut-être même l'opération est-elle permise pour certaines hernies douloureuses, irréductibles ou incoercibles dans lesquelles le testicule ectopié et frappé d'atrophie, met lui-même obstacle au port d'un bandage. Winiwarter a castré un égoutier de quatorze ans, qui offrait ces diverses indications. Nussbaum a fait la même opération pour un cas analogue cité dans la thèse d'Israelsohn. Kocher admet nettement l'indication. Mais castrer sous le simple prétexte que la dissection du sac est difficile, c'est une pratique grossière et cruelle contre laquelle on ne saurait s'élever avec trop d'énergie.

La conclusion naturelle de ce qui précède est la suivante: *l'extirpation du sac après ligature de son collet, est une opération rationnelle à laquelle on devra recourir dans les hernies ombilicales et dans les hernies crurales à moins que les adhérences périphériques du sac rendent la manœuvre trop difficile comme dans certaines hernies ombilicales, ou dangereuse comme dans certaines hernies crurales. Dans les hernies inguinales il faut toujours la proscrire; la somme des avantages qu'elle peut donner est par trop inférieure aux dangers qui accompagnent son exécution.*

Cette conclusion est à notre avis formelle et applicable non pas seulement aux hernies inguinales congénitales, comme dit Kocher, mais aux hernies inguinales de tous les âges. Il convient cependant de faire une exception pour les hernies inguinales de la femme. Chez elle l'extirpation du sac est une manœuvre aussi simple que pour la hernie crurale. M. Julliard est arrivé à la même opinion: « Aujourd'hui, nous écrit-il, je me garde bien

d'extirper le sac et cela pour les trois raisons qui suivent: en premier lieu cette extirpation du sac ne s'oppose en aucune manière à la récurrence; elle est en outre longue, difficile, elle fait beaucoup saigner, et nécessite de nombreuses ligatures. En dernier lieu, elle expose à la section du cordon.

M. Socin, ennemi de l'ablation du sac dans les hernies inguinales, mais désireux de réduire toujours le collet avec le fil qui l'étreint, propose de pratiquer la section transversale du collet au-dessous de la ligature. Cette complication opératoire nous paraît sans avantage sérieux, et dans certains cas nous la croyons susceptible de porter elle aussi atteinte aux éléments du cordon.

Dès lors, quel sort doit-on faire au sac dans l'opération dite radicale, des hernies inguinales? Deux procédés s'offrent à nous: lier le collet, ne pas réséquer le sac et faire la suture en piqué de ses parois d'après le procédé de Julliard, ou bien réséquer simplement les parties du sac qui se laissent disséquer facilement et sans danger, puis laisser le reste dans la plaie.

Il nous est difficile de nous prononcer sur la valeur de la suture en piqué de M. Julliard, par la bonne raison que nous ne l'avons ni pratiquée, ni vu pratiquer. Cependant, nous basant sur ce que nous savons des résultats de la kélotomie pour étranglement, nous pensons qu'il est plus simple de se rallier à la première manière, de réséquer les lambeaux flottants, de laisser le reste dans la plaie et de suturer la peau par-dessus.

Quant aux restaurations autoplastiques de la tunique vaginale dans les hernies inguinales congénitales, nous les croyons peu efficaces. Dans un cas d'ectopie du

testicule, Riesel a essayé de maintenir le testicule en bonne place et de lui faire une tunique vaginale avec la partie inférieure du sac; mais cette tentative a complètement échoué, et le testicule est remonté dans le canal.

La *suture des piliers* ne paraît pas donner ce qu'elle promet. En effet, la hernie inguinale ne sort pas de l'abdomen par un simple trou, elle chemine dans un canal oblique. On peut bien fermer la « porte extérieure », mais la porte intérieure et le trajet restent béants. D'autre part, ajoute M. Reverdin, la cicatrice « doit se trouver sollicitée à se relâcher sous l'effort des deux piliers, dont la direction a été changée et qui cherchent à la reprendre ». Ainsi, en supposant qu'on obtienne, par la suture des piliers, une cicatrice résistante et solide, il resterait encore derrière l'obstacle créé un canal libre; on arriverait, en somme, à substituer une hernie interstitielle à une variété plus avancée.

Au premier abord, la modification de Riesel paraît obvier à ce dernier inconvénient; une incision fend toute la paroi abdominale jusqu'au péritoine, ses bords sont ensuite rafraîchis et suturés, et certainement il ne reste plus trace de canal inguinal. Mais n'est-ce pas consentir à une opération bien mal proportionnée avec le caractère illusoire du but qu'elle poursuit? Les faits dans lesquels ce mode de suture a été employé sont rares, et rien ne prouve que la solidité de la cicatrice soit comparable à celle des cicatrices tendineuses, et que sous prétexte de guérir ses malades, Riesel ne les expose à une éventration ultérieure.

A notre avis, cette pratique doit être proscrite, et nous croyons qu'il faut renoncer à demander à la suture la dis-

parition définitive du canal inguinal dans toute sa hauteur. On pourrait, il est vrai, nous objecter que cette oblitération totale n'a plus raison d'être dans les cas où l'obliquité du canal s'étant peu à peu redressée, la hernie sort, non plus par un trajet, mais par un orifice. Mais en supposant la cure possible dans ces conditions, la solidité de l'union des piliers en resterait la condition *sine qua non*; or il paraît avéré que cette solidité d'union est à peu près impossible à obtenir, surtout lorsqu'on néglige, comme Czerny et Socin, l'avivement préalable. C'est d'ailleurs l'opinion formelle de Schede, de Julliard et de plusieurs autres chirurgiens; l'analyse des observations nous a conduit à la même appréciation. Nous pensons donc qu'en général, et sauf indication spéciale telle que largeur exagérée de l'orifice, la suture des piliers est une manœuvre inutile.

Dans la hernie crurale, la suture de l'anneau crural proprement dit est une manœuvre impossible; nous nous sommes expliqué sur ce point. Nous pensons, au contraire, qu'il est indiqué, après ligature et extirpation du sac, de rapprocher les bords de l'orifice fibreux accidentel de la hernie.

Dans les hernies ombilicales comme dans les hernies de la ligne blanche, la suture de l'orifice herniaire devient une indication positive aussi nécessaire ici que dans les cas de kélomie pour hernies étranglées des mêmes régions. On le sait, Kœberlé, Simon (de Heidelberg), Lucas-Championnière, Polailon, Tillaux, Terrier, Reverdin, Socin, Winiwarter, ont eu successivement recours à cette pratique; et les mêmes raisons qui ont légitimé la conduite de ces chirurgiens se retrouvent dans les cas

auxquels nous faisons allusion. En somme, M. Lucas-Championnière a dit avec raison qu'on doit se comporter vis-à-vis de l'orifice de ces sortes de hernies comme on le fait pour une plaie de l'abdomen.

Ainsi, exceptionnellement indiquée dans les hernies inguinales, la suture de l'orifice herniaire devient une manœuvre rationnelle quand elle s'adresse à l'anneau fibreux accidentel des hernies crurales, et devient une indication nette dans les hernies de la région ombilicale.

La suture de l'orifice herniaire étant indiquée dans certains cas, à quel fil aura-t-on recours? Cette question, fort simple à résoudre, croyons-nous, a suscité en Allemagne de vives discussions. Les uns, reprenant cette idée, depuis longtemps exprimée par Vaullegeard (1848), que les fils de soie peuvent être impunément abandonnés dans les tissus, défendent avec ardeur la soie phéniquée; Czerny est du nombre. Pour que la soie réalise toutes les conditions désirables d'asepsie, il faut qu'elle soit non-seulement immergée, mais cuite et recuite pendant un temps plus ou moins long dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100. Dans ces conditions, et grâce à sa résistance au travail d'absorption, on admet qu'elle fait corps avec les piliers qu'elle unit, en même temps qu'elle oppose un obstacle puissant à la sortie des intestins.

D'autres, Schede et Riesel par exemple, accusent les fils de soie d'exposer à la section des tissus et préfèrent le catgut. M. Reverdin remarque avec raison que la crainte exprimée par Schede est légitimée par la direction divergente des piliers et par la tension inégale à laquelle ils se trouvent forcément soumis: « faciles à rapprocher en dehors, ils ne se laissent pas affronter en dedans vers le

cordons sans être déviés de leur direction normale. Il subsiste donc une déviation de plus en plus accentuée contre laquelle ils réagissent forcément et dont la conséquence pourra être leur section par les fils de soie ».

Nous n'insisterons pas davantage sur une question dont l'importance est médiocre. Lorsqu'on fait la suture, on compte sur la réunion par première intention; si elle échoue, la nature du fil importe peu. Nous pensons donc qu'on peut indifféremment employer l'un ou l'autre de ces fils. Cependant le catgut, par cela même qu'il est résorbable, mérite peut-être la préférence, d'autant que la soie, fût-elle cuite et recuite suivant toutes les règles, ne reste pas toujours impunément dans les tissus. Tout récemment M. Julliard, à la suite d'une extirpation du corps thyroïde, a vu la plaie, bien réunie les premiers jours, se rouvrir et suinter en un point pour donner issue à un fil de soie. « Or, ajoute M. Julliard dans la note qu'il nous a communiquée, j'ai enfermé des centaines de catgut dans les tissus, j'en ai enfermé une fois 42 dans la cavité abdominale pendant une entérotomie, et jamais pareil accident ne m'est arrivé. »

Une autre question diversement résolue est celle-ci : Faut-il, oui ou non, aviver les bords d'un orifice herniaire avant de les suturer? A notre avis la règle doit être la suivante : Ne pas aviver, si la séreuse tapisse encore l'orifice que l'on veut fermer; aviver au contraire si, par une manœuvre préalable, on a séparé, dans le but de le lier et de le réduire, le manchon séreux ou collet qui adhérait à l'orifice.

Vis-à-vis des organes herniés, on suivra la même conduite que dans la kélotomie pour étranglement. Dans les

cas exceptionnels où l'intestin aurait contracté des adhérences avec les parois du sac, on procédera à la dissection avec une extrême prudence et on réduira. En cas d'adhérences trop dangereuses à détruire, on fera bien d'imiter la pratique de M. Lucas-Championnière et de réduire avec l'intestin le lambeau séreux qui lui adhère. Quant à l'épiploon, s'il est peu volumineux, sain, non adhérent et facilement réductible, on le réduira. Dans les cas inverses il sera réséqué, et son pédicule sera réduit après avoir été solidement étreint par une ou plusieurs ligatures au catgut.

Les limites de ce travail ne comportent nullement l'analyse des arguments tour à tour invoqués pour condamner ou préconiser la résection de l'épiploon hernié. En acceptant comme démontrées l'utilité et l'innocuité de cette pratique, nous nous conformons aux données actuelles de la chirurgie des hernies.

On s'est demandé s'il n'était pas utile, pour mieux oblitérer le canal, de laisser dans le collet du sac, un pédicule épiploïque adhérent ou de l'y maintenir à l'aide de la ligature. Goyrand (d'Aix) a démontré depuis longtemps que les espérances fondées sur cette manière de procéder étaient vaines. Que l'on ait ou non obturé le conduit avec l'épiploon ou avec le sac, les chances de récurrence restent les mêmes et le pronostic de l'intervention n'est aucunement modifié. Nous n'ignorons pas que, dans l'opération de la hernie ombilicale étranglée, plusieurs de nos maîtres ont eu recours à cette manœuvre pour mieux assurer l'obturation immédiate de l'orifice herniaire; mais d'une part, l'indication est ici particulière et, comme nous avons admis, d'autre part, que dans l'opération dite radicale de la hernie ombilicale, la suture de

l'orifice fibreux était nettement indiquée, il nous paraît évident que l'obturation épiploïque n'est pas plus indiquée ici que dans la hernie inguinale ou crurale.

Nous n'avons que peu de choses à dire sur la suture de la peau. On la fera suivant les règles habituelles, après drainage de la plaie avec un tube de Chassaignac gros et non compressible. Les sutures plus ou moins compliquées, préconisées par exemple par Simon de Heidelberg et Hadlich dans la cure des hernies ombilicales consécutive à l'ovariotomie, nous paraissent sans grand avantage. Dans les cas de hernies volumineuses, il y aura tout avantage à réséquer la peau des deux lèvres de l'incision dans une mesure convenable. On évitera l'inconvénient d'avoir deux valves cutanées flasques et flottantes se prêtant mal à une coaptation régulière.

Nous pourrions résumer l'ensemble de cette revue critique des différents temps opératoires en disant avec M. Julliard : « La récurrence étant la règle, quel que soit le procédé employé, il est inutile de s'escrimer à des sutures compliquées qui ne servent à rien. Il faut choisir le plus simple et celui qui guérira le plus vite et le mieux. »

Envisagée d'une manière générale, l'opération à laquelle on doit, selon nous, recourir dans le traitement des hernies non étranglées, opération que nous appellerions volontiers kélotomie pour incoercibilité, par opposition à la kélotomie pour étranglement, se compose des temps suivants :

1° Incision de la peau, découverte du sac et des orifices herniaires;

2° Réduction des viscères avec ou sans ouverture du sac; résection de l'épiploon s'il est adhérent; ligature

puis réduction de son pédicule. Dans les cas où les adhérences de l'intestin et du sac sont trop intimes, ne pas hésiter à réduire avec l'intestin le lambeau qui lui adhère;

3° Ligature du collet et dans certains cas seulement, extirpation du sac. Parfois, se contenter de l'incision simple du sac, avec excision des parties flottantes, sans lier ni son collet ni son corps;

4° Dans quelques cas, suture de l'orifice fibreux.

5° Drainage de la plaie dans toute sa hauteur, à l'aide d'un tube de Chassaignac suffisamment gros, non dépressible et rigoureusement placé, suivant les lois de l'écoulement des liquides;

6° Suture méthodique de la peau. Dans les cas de hernies volumineuses, exciser les lèvres de la plaie cutanée;

7° Application soignée d'un pansement antiseptique et compressif dans une juste mesure.

Passant des prescriptions générales à l'examen des faits particuliers, nous dirons :

Dans les hernies inguinales, excepté chez les femmes, ne jamais extirper le sac dans sa totalité; exciser seulement les parties du sac qui se laisseront disséquer facilement et sans danger; lier le collet du sac, à moins que des adhérences ne rendent cette manœuvre périlleuse ou que l'existence de lésions inflammatoires ne vienne imposer la nécessité de ménager, pendant les premières heures au moins, le libre écoulement des liquides qui pourraient stagner du côté de la séreuse péritonéale. Ne recourir à la suture des piliers que rarement, et dans ces cas, la faire après avivement préalable de leurs bords.

Dans les hernies crurales, si le sac n'est pas trop adhérent du côté des vaisseaux fémoraux, lier haut le collet du sac et réduire son pédicule après extirpation totale de son corps. Si les dispositions anatomiques le permettent, suturer l'anneau fibreux accidentel de la hernie.

Dans les hernies ombilicales, extirper toujours le sac quand il se laisse disséquer et pour peu que la hernie soit volumineuse, réséquer en même temps une quantité suffisante de peau sur les deux lèvres de la plaie. Suturer toujours et avec grand soin l'orifice herniaire.

Il nous paraît impossible de préciser davantage; M. Lucas-Championnière le dit avec raison: « En matière de hernie les conditions sont tellement diverses qu'il faut être prêt à appliquer des procédés variés suivant les circonstances. » Il serait donc contraire aux lois de la clinique de vouloir préconiser tel ou tel procédé à l'exclusion de tel autre.

Le point sur lequel nous voulons insister encore avant de terminer, c'est qu'il n'est pas d'opération dans le passé et dans le présent qui mérite rigoureusement le nom d'opération de cure radicale. La cure radicale des hernies reste une chimère malgré la chirurgie antiseptique et malgré les innombrables circonstances dans lesquelles ces deux mots ont été imprimés ou prononcés. Lorsqu'une opération donne ce résultat, il s'agit presque toujours de sujets capables de guérir par l'usage méthodique des bandages. Si la cure radicale devait être le but unique du chirurgien, son devoir le plus strict serait de ne jamais intervenir.

Ce que les tentatives modernes démontrent c'est la possibilité de combattre victorieusement et sans grand

danger l'incoercibilité des hernies. A cet égard le bienfait des opérations modernes n'est pas contestable; mais, et nous voudrions que ceci fût considéré comme la plus importante conclusion de ce travail, il demeure acquis que, dans le traitement des hernies non étranglées, les opérations sanglantes ne sont jamais des opérations d'urgence. Il est permis de les considérer comme des opérations opportunes, lorsque les inconvénients actuels ou ultérieurs de l'abstention sont supérieurs aux dangers de l'intervention. Hors de ces conditions précises, les opérations de cure dite radicale doivent être sévèrement proscrites.