

## CHAPITRE V

### CURE RADICALE DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES

Si nous nous arrêtons à la signification généralement attribuée aux mots de cure radicale des hernies, nous pourrions nous dispenser d'écrire ce chapitre. Mais les travaux les plus récents ont agrandi le cadre habituel de la cure radicale. Les méthodes que l'on préconise aujourd'hui pour la cure radicale des hernies non étranglées sont pour la plupart la simple reproduction des temps opératoires que les chirurgiens d'autrefois ajoutaient à la kélotomie pour étranglement. Il est donc naturel de voir les nouveaux partisans de la cure radicale poursuivre le but aussi bien dans les hernies étranglées que dans les hernies non étranglées, et omettre d'envisager la question à ce double point de vue, serait méconnaître ou restreindre sans raison le véritable sens du renouveau de la cure radicale des hernies. Toutefois, comme la cure radicale dans les hernies étranglées n'est jamais qu'un fait secondaire, nous ne donnerons pas à cette partie de notre étude les mêmes développements qu'aux chapitres précédents.

Dès que Franco eut le premier préconisé et pratiqué le débridement dans les hernies étranglées, les chirurgiens

se préoccupèrent des moyens d'empêcher la récurrence après la kélotomie. Ambroise Paré qui, suivant les conseils de Franco, faisait la kélotomie avec ouverture du sac, rétrécissait le sac et son collet au moyen de la suture royale; Thévenin, au siècle suivant, opérait de la même façon; il faisait sur les deux lèvres du sac une suture en surjet et avait soin que l'aiguille « mordit fort avant dans les parties », afin que la voie fût rétrécie d'autant.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les essais de cure radicale après la kélotomie sont multiples: J.-L. Petit et Garengeot réduisent le sac ou le pelotonnet à l'ouverture du canal inguinal; Gauthier et Maget cautérisent légèrement l'anneau inguinal externe et le collet du sac afin d'en amener l'oblitération; Lacharrière et Mauchart vantent les scarifications de l'anneau que J.-L. Petit combat vivement. Au lieu et place des scarifications de l'anneau qui vont à l'encontre du but qu'on se propose, Leblanc, en 1765, préconise la simple dilatation au moyen de son dilatatoire. Quelques-uns pensent que la kélotomie avec ouverture du sac suffit à assurer la cure radicale, mais J.-L. Petit reste incrédule; Freytag et Schmücker proposent la dissection du sac herniaire, son extirpation et la ligature du collet, mais J.-L. Petit fait observer que la ligature du collet est une cause fréquente de péritonite et Richter insiste sur ce point que *la dissection du sac dans les hernies inguinales principalement est manœuvre difficile et périlleuse*; contre tous les autres procédés, il recommande les scarifications du collet du sac dans le but d'en amener l'oblitération.

Mais tenter la cure radicale ne veut pas dire l'obtenir, et la plupart des chirurgiens précédents le savaient fort

bien. De là, la multiplicité des procédés dont ils ont essayé.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, ce scepticisme à l'endroit des résultats de la cure radicale après la kélotomie ne fait que s'accroître. Astley Cooper et Boyer craignent même que les tentatives dirigées contre le sac, ou contre l'auneau, ne soient plutôt un moyen de récidive qu'un moyen de guérison; aussi, pendant de longues années, se borne-t-on à pratiquer la seule kélotomie, et à se demander par quelle méthode de pansement on pourra sinon empêcher, du moins éloigner la récidive, et rendre facile la contention de la hernie par le bandage.

Faut-il suturer la plaie ou ne pas la suturer? Faut-il chercher la réunion immédiate, l'adhésion des parois opposées du sac et du collet? Vaut-il mieux, au contraire, se garder de la réunion immédiate, faire suppurer le sac, le faire bourgeonner jusqu'à formation d'un bouchon fibreux? Questions que s'était déjà posées J.-L. Petit, qu'on avait même discutées avant lui et que depuis Delpéch, Serre et Bérard, chaque chirurgien a résolues à sa convenance: les uns facilitant l'adhésion sans craindre le reflux des produits septiques dans la cavité péritonéale, les autres visant à la suppuration du sac, sans craindre la propagation de l'inflammation au péritoine.

Quoi qu'il en soit, la cure radicale à la suite de la hernie étranglée était sinon oubliée, du moins délaissée, et les chirurgiens se contentaient les uns de panser à plat sans rechercher la suppuration, les autres de réunir sans compter outre mesure sur la réunion immédiate, mais tous s'attachaient scrupuleusement à assurer l'écoulement des liquides, lorsque dans ces dernières années,

à la faveur des pansements antiseptiques, plusieurs chirurgiens sont revenus aux anciens procédés de cure radicale après la herniotomie. Ces procédés aggravent-ils le pronostic de l'opération? Quelle est leur efficacité au point de vue de la cure radicale? Faut-il y recourir et dans quelle mesure, pour les diverses variétés de hernies inguinales, crurales, ombilicales? Telles sont les questions que nous aurons à résoudre.

Nous avons réuni dans les tableaux annexés à ce travail 206 cas de hernies étranglées auxquelles on a appliqué des procédés de cure radicale et qui se décomposent ainsi: 110 hernies inguinales, 82 crurales, 13 ombilicales ou ventrales et 1 obturatrice.

Nous les étudierons dans cet ordre.

*Cure radicale dans les hernies inguinales étranglées.* — Nous connaissons les procédés actuellement en usage à l'étranger pour la cure radicale des hernies inguinales, et nous les avons exposés avec assez de détails dans une autre partie de cette thèse pour n'y plus revenir. Dans presque tous les cas, le sac est disséqué et isolé, le pédicule est lié ou suturé; souvent on extirpe le sac; quelquefois on se contente d'en lier ou d'en suturer le collet ou d'en adosser les parois par des points de suture; beaucoup de chirurgiens pratiquent la suture des piliers. Rarement on se contente d'inciser le sac sans oblitérer son collet.

Quels ont été les résultats? Sur 110 observations de hernies inguinales étranglées, nous trouvons 19 morts; mais, de ces 19 morts, il en est 4 que nous devons éliminer. Ces 4 cas se décomposent ainsi: 1 mort par néphrite interstitielle, 1 par hémorrhagie cérébrale, 1 par stéatose

cardiaque et 1 de cause inconnue. Il est manifeste que ces 4 morts ne doivent pas entrer en ligne de compte. Restent donc 15 morts qui se décomposent ainsi : Choc et collapsus, 3; Carbolisme, 1; Péritonite suraiguë, 6; Péritonite par perforation, 1; Septicémie et convulsions, 1; Hémorrhagie épiploïque, 1; Diarrhée infantile, 1; Cause inconnue, 1.

Cette statistique est favorable, et, si on la compare à telle ou telle statistique d'avant les pansements antiseptiques, on pourra même la trouver excellente. Celle de M. John Wood est bien plus belle encore; sur 20 cas de hernies étranglées tant inguinales que crurales, dans lesquelles il a essayé la cure radicale, il n'a eu qu'un seul cas de mort.

Dans la statistique que nous venons d'analyser, quelle est la part à faire à l'opération dans la mortalité? Certainement, nous pourrions décharger la table de mortalité de la diarrhée infantile survenue chez un enfant de quelques semaines, plus de vingt jours après l'opération, et du cas de mort résultant d'une péritonite par perforation; l'opération n'a rien à y voir; nous pourrions élaguer encore, et réduire à fort peu de chose la mortalité (1).

Nous nous bornerons à faire observer que, dans les hernies étranglées, il est bien difficile de faire la part de ce qui revient à l'étranglement, de ce qui revient à l'opération; le pronostic de l'opération variant en effet, non seulement suivant le procédé opératoire, mais encore sui-

(1) Dans le tableau D, observation 110, nous trouvons que Baum ayant à opérer une hernie inguino-propéritonéale, a profité de ce que le testicule était atrophié pour pratiquer la castration; le malade est mort le lendemain; il ne serait pas de bonne justice de mettre cette mort sur le compte de la cure radicale.

vant l'état général du malade, suivant l'âge et la nature de l'étranglement; mais, dès maintenant, nous pouvons dire que les tentatives de cure radicale ne modifient pas d'une façon sensible, quant à la mortalité, le pronostic de la herniotomie.

En même temps que la mortalité a été relativement faible, les complications opératoires ont été peu nombreuses et de peu d'intensité. A la vérité, sur 110 cas, il n'existe que 7 réunions immédiates; mais il n'a été constaté que 5 petits abcès du scrotum, et la durée moyenne de la cicatrisation a été de 18 jours. Que l'on compare maintenant ces divers résultats à ceux fournis par les hernies inguinales non étranglées! dans les hernies étranglées, complications locales moins fréquentes, cicatrisation plus rapide, et, si l'on fait la balance des cas qui relèvent de l'étranglement et de ceux qui relèvent de l'opération, mortalité moins grande.

Leisrink le constate et s'en étonne; comme il n'en trouve pas les raisons, il pense que cela tient à ce que les chirurgiens qui ont fait la cure radicale après les hernies inguinales étranglées, se sont abstenus de publier leurs observations malheureuses. Le fait ne date cependant pas d'aujourd'hui, ni la remarque non plus, car déjà J.-L. Petit avait dit: « Je ne suis pas le seul qui ait observé que les opérations faites aux hernies sans étranglement n'ont pas des suites si heureuses que celles qui sont faites aux hernies qui sont étranglées. » La réflexion n'est pas spéciale aux hernies inguinales, elle est applicable à toutes les autres variétés de hernies étranglées.

Il nous reste à formuler un jugement définitif, à appré-

cier ces opérations au point de vue de la cure radicale proprement dite. Sur 100 observations, 39 sont inutilisables; souvent il est noté que le malade n'a pas été revu, que le résultat définitif est inconnu, et si le malade est considéré comme guéri, on ignore quand la constatation en a été faite. Restent 51 observations qui se décomposent ainsi: 9 récidives, dont 2 promptes ou immédiates, 7 éloignées, et 42 considérées comme cas de cure radicale; parmi les récidives, plusieurs ont été réellement tardives, car elles sont comprises entre un et quatre ans, ce qui paraît démontrer que l'opération n'a pas été inutile au malade.

Quant aux 42 cas de cure radicale, ils sont, au premier abord, encourageants; 42 cures radicales sur 110 opérations étranglées, c'est assurément un beau chiffre et bien supérieur à celui des cures radicales obtenues dans les hernies non étranglées. Cela est d'autant plus vrai que, à l'encontre de ce qui s'est passé pour ces dernières, les malades ont été revus entre un an et cinquante et un mois après l'opération; et si nous nous laissons aller, nous pourrions dire, avec MM. P. Reclus et Lucas-Championnière, ce que Richter disait déjà au siècle dernier, qu'il faut, chaque fois qu'on opère une hernie étranglée, ne pas laisser échapper l'occasion de tenter la cure radicale.

Mais la cure radicale existe-t-elle vraiment, et ces 42 cas doivent-ils être interprétés comme lui appartenant? Or, de quel droit, parce qu'un malade n'a pas de récidive au bout de 2, 3, 4 et 5 ans, viendra-t-on dire que ce malade est radicalement guéri et ne récidivera jamais?

N'a-t-on pas eu des intervalles aussi considérables, et

même plus considérables, avec la simple kélotomie, et dans le cas de hernie non étranglée, avec le seul bandage? Le tableau de M. Berger, auquel nous avons souvent recouru (tableau H), ne prouve-t-il pas qu'on peut avoir des récidives 10 ans, 20 ans après une guérison présumée? Les chirurgiens qui préconisent la cure radicale après la kélotomie, ne prescrivent-ils pas le bandage? Le port du bandage n'est-il pas plusieurs fois noté dans leurs observations de guérison, et en ce cas, comment faire la part de l'opération et celle du bandage? Et du reste, les auteurs allemands, Czerny, Nussbaum, Leisrink, etc., ne déclarent-ils pas qu'on n'obtient que rarement, très rarement, la cure radicale des hernies? Ne conseillent-ils pas le port du bandage après leurs tentatives de cure radicale? Et si, d'autre part, nous nous reportons aux anciens chirurgiens qui se sont essayés à la cure radicale après la kélotomie, et qui ont usé de tous les procédés, même de ceux que l'on dit aujourd'hui nouveaux, si nous réfléchissons que leurs efforts ont été vains, nous en arrivons à conclure avec Astley Cooper, Boyer, M. Gosselin, que, quoiqu'on fasse, la récidive est fatale, que c'est une simple question de temps; de telle sorte que si nous pouvons admettre la possibilité de la cure radicale, nous pouvons affirmer notre ignorance sur les moyens infailibles de la réaliser.

Ce n'est pas tout. Dans presque tous les procédés actuellement usités, on pratique la dissection du sac. Or, nous nous sommes attaché à mettre en lumière les dangers de cette manœuvre, et s'il nous était permis d'invoquer à ce propos notre expérience personnelle, nous

pourrions dire quelle difficulté nous avons eue à disséquer le sac dans un cas de hernie inguinale étranglée, opérée dans le service de M. Trélat.

Cette difficulté de dissection avait, au siècle dernier, frappé Le Dran qui, après avoir mis en grand honneur la ligature et l'excision du sac, les réservait pour les hernies inguinales de la femme, les hernies crurales et les hernies ombilicales.

Allons encore plus loin : tenter la cure radicale après la kélotomie, c'est allonger quelquefois de beaucoup l'opération ; or, pour un résultat aussi hypothétique que celui qui est poursuivi, a-t-on le droit d'imposer une opération plus longue et plus dangereuse à un malheureux abattu par l'étranglement herniaire, et qui est venu demander au chirurgien non pas de le garantir contre une récurrence dans l'avenir, mais bien de l'empêcher de mourir dans le présent ?

Pour ce triple motif, incertitude dans les résultats, danger, longueur de l'opération, nous croyons devoir repousser les tentatives de cure radicale après la herniotomie pour étranglement inguinal, d'autant que la ligature du collet peut être dans les hernies étranglées, ainsi que l'avait déjà remarqué J.-L. Petit, une cause de péril, car elle empêche l'évacuation des liquides parfois exhalés au-dessus du collet. Ce danger avait frappé M. Bouilly, qui ayant, pendant un certain nombre d'opérations, pratiqué la suture du collet et la résection du sac, est revenu à la simple kélotomie avec ouverture du sac.

D'une manière générale donc nous pensons que dans la kélotomie pour étranglement des hernies inguinales, la conduite la plus sage est la suivante : inciser le sac,

débrider, réduire les viscères, réséquer les parties flottantes du sac, placer un drain dont l'extrémité supérieure affleure l'anneau, et suturer la plaie par-dessus.

*Cure radicale dans les hernies crurales étranglées.* — Les mêmes procédés que nous avons déjà signalés à propos des hernies inguinales étranglées ont été employés dans les hernies crurales.

Notre statistique (tableau D) comprend 82 cas ; sur ces 82 cas nous relevons 17 morts, dont 14 ont suivi de près l'opération, et dont 3 sont étrangères à l'opération. Parmi ces dernières, une fois le malade a succombé à un cancer, une fois à une pleurésie, probablement tuberculeuse, une troisième fois à une résection de l'intestin faite pour remédier à une fistule stercorale, reliquat d'une kélotomie suivie de ligature et d'extirpation du sac. Ces 3 faits ne peuvent entrer en ligne de compte. Les 14 autres cas se décomposent ainsi : Perforation intestinale, 4 ; Tétanos aigu, 1 ; Collapsus, 2 ; Septicémie, 1 ; Péritonite, 4 ; Causes inconnues, 2.

Si, comme pour les hernies inguinales, nous faisons la part de ce qui revient à l'ancienneté de l'étranglement (et c'est là un facteur important dans l'histoire de la hernie crurale), nous arrivons à cette conclusion que les tentatives de cure radicale, encore cette fois, n'ont pas modifié le pronostic de l'opération ; et cette opinion s'affirme avec force quand nous recherchons quelle a été la durée de la cicatrisation, quelles ont été les complications locales ; sur ces 82 cas, en effet, nous trouvons 6 réunions par première intention ; la durée moyenne de la cicatrisation a été de seize jours, et aucune complication locale ne s'est montrée. Avec quel avan-

tage nous pourrions poursuivre le parallèle que nous avons déjà institué à propos des hernies inguinales, entre les résultats opératoires dans la hernie non étranglée et la hernie étranglée!

Si nous cherchons d'autre part à apprécier ces 82 cas au point de vue du résultat définitif, nous constatons que 27 observations ne peuvent être utilisées en raison du manque de renseignements. Dans les 37 cas qui restent se trouvent 5 récidives seulement, dont 2 promptes et 3 tardives (l'une d'elles n'est apparue qu'au bout de dix-huit mois), et 32 cas de cure radicale apparente. Plusieurs des malades considérés comme guéris ont été revus un an, deux ans, trois ans et même quatre ans après l'opération. Que conclure?

La conclusion nous paraît, cette fois, devoir être plus favorable aux tentatives de cure radicale. En effet le pronostic de l'opération n'est pas aggravé. Les complications locales manquent. La guérison est constatée au bout de plusieurs années. Est-ce à dire que nous espérons obtenir la cure radicale, empêcher à jamais toute récidive? Nullement; et ce travail tout entier proteste contre une semblable espérance. Mais la hernie crurale est d'une contention difficile, il s'en faut que les bandages employés soient parfaits, la hernie crurale étranglée s'aggrave promptement; il y a donc intérêt à employer des manœuvres opératoires susceptibles de faciliter la contention ultérieure.

C'est pourquoi nous conseillons ici la ligature du collet et l'excision du sac, à ces deux conditions cependant, que la dissection du sac sera facile, que l'étranglement ne sera pas trop ancien. Mais si la dissection se montrait

difficile, si le sac était adhérent aux vaisseaux fémoraux comme cela a été vu, mieux vaudrait se contenter de la kélotomie avec ouverture du sac, mettre dans la plaie un drain haut placé, et suturer simplement la peau.

*Cure radicale dans les hernies ombilicales étranglées.*

— Autant les anciens chirurgiens se montraient ardents à poursuivre la cure radicale de la hernie ombilicale non étranglée, autant ils redoutaient son étranglement. Non seulement ils n'en cherchaient pas la cure radicale, qui, selon Richter, n'avait donné que des résultats lamentables, mais ils ne l'opéraient qu'à leur corps défendant, lorsqu'elle était étranglée; les tentatives d'opération étaient presque infailliblement malheureuses; et il se trouvait, tout compte fait, avant l'avènement de la méthode antiseptique, que l'expectation pure et simple donnait de moins mauvais résultats que l'intervention. Telle était l'opinion que Huguier, malgré les énergiques et persévérantes protestations de M. le professeur Gosselin, formulait dès 1861.

C'est aussi l'opinion que vint défendre M. Verneuil en 1881, à la Société de chirurgie, lors de la discussion sur la hernie ombilicale étranglée. D'après M. Verneuil, l'intervention donnait 98 pour 100 de revers, l'expectation 75 pour 100 seulement; mais convaincus par diverses observations, les membres de la Société de chirurgie ne tardèrent pas à se mettre d'accord dans la séance même où avait été soulevé le débat, et, M. Trélat étant intervenu, les conclusions suivantes formulées par ce professeur dans son cours de la Faculté furent généralement adoptées :

« Si la hernie est volumineuse, s'il s'agit d'une épiplocèle irréductible, adhérente, enflammée, s'abstenir de toute opération sanglante, se garder du taxis; mais si la hernie est une entérocèle petite, nettement étranglée, la kélotomie immédiate est de rigueur. Si la hernie est une entéro-épiplocèle volumineuse mais non enflammée et dans laquelle s'étrangle tout à coup une anse intestinale nouvellement introduite, il faut également pratiquer la kélotomie. »

A dater de ce jour, la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée était admise en France. M. Terrier suturait le sac et, M. Polaillon communiquait l'observation d'une malade chez laquelle, en 1879, il avait pratiqué la suture de l'anneau; il n'avait eu, dans cette pratique, que deux prédécesseurs, Barwel, en 1863, et Geiser, en 1878.

Cependant M. Richet, dès 1863, désirant éviter la pénétration des sécrétions du sac herniaire dans la cavité péritonéale, avait obturé la partie supérieure de l'anneau ombilical au moyen du sac rapproché par de grosses serre-fines; Foucher, en 1866, avait essayé l'oblitération au moyen d'un bouchon épiploïque. Puis vint l'idée qu'après l'opération de la hernie ombilicale, on se trouvait en présence d'une plaie véritable de l'abdomen, analogue à la plaie résultant de l'ovariotomie et qu'il serait bon de la traiter comme telle. Cette opinion, déjà formulée par M. Gosselin, est affirmée par M. Lucas-Championnière en 1875 et en 1879, et par M. Tillaux en 1877; ces deux chirurgiens préconisent l'application des sutures profondes et des sutures superficielles.

Viennent ensuite un certain nombre de pratiques qui varient avec chaque auteur et avec la nature de la hernie,

mais qui se réduisent, en dernière analyse, à cette proposition : oblitérer l'anneau herniaire ou le collet du sac. Les uns, comme M. Nicaise, suturent le collet avec les lèvres de la peau cutanée; les autres le suturent avec l'anneau; d'autres lient ou suturent le collet du sac et suturent l'anneau au-dessus de lui; il est enfin certains cas où le chirurgien (Lucas-Championnière, Socin, Reverdin) excise la peau et le sac tout entier, affrontant ensuite séparément le péritoine, les bords de l'anneau avivés, et les lèvres de la plaie.

Notre tableau F comprend 13 cas de hernies ombilicales étranglées siégeant toutes sur des adultes; et quoiqu'il s'agisse de hernies ombilicales étranglées, quoiqu'on ait essayé la cure radicale, nous n'avons à enregistrer que 2 morts sur 13 opérations. Dans les cas qui restent, la cicatrisation a été très rapide, et aucune complication de quelque importance n'est venue l'entraver. Mais, au point de vue de la cure radicale, les renseignements sont très incomplets. Sur 13 observations, 8 fois le malade a été perdu de vue, 1 seule fois on a constaté l'absence de récurrence au bout de 4 mois et on a noté 2 récurrences, une prompte, l'autre tardive.

Malgré le petit nombre des documents, il nous paraît facile de conclure. Pas plus que dans la hernie inguinale ou dans la hernie crurale, nous ne comptons ici sur la cure radicale, et le malade, après l'opération, doit porter un bandage; il n'en est pas moins vrai que nous conseillons les moyens dits de cure radicale, non pas pour elle-même, mais parce que dans la hernie ombilicale, en raison de sa localisation, on se trouve, après la kélotomie, en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

Dès lors, il faut agir en conséquence, et non seulement suturer la peau, mais fermer l'orifice de sortie afin d'empêcher la chute dans la cavité abdominale des liquides sécrétés au niveau de la plaie. Voici donc, à notre avis, l'opération de choix : Si le sac n'est pas adhérent à la peau (ce qui est l'exception), l'isoler, suturer ou lier son collet, l'extirper, et suturer soigneusement l'orifice herniaire, après avivement de ses bords.

Si le sac est adhérent, on l'excisera simplement en même temps qu'un excédent de peau, généralement nécessaire à supprimer, pour obtenir un affrontement régulier des parties. Mais toujours on pratiquera la suture de l'orifice avec autant de soin que pour une plaie de l'abdomen.

Nos tableaux contiennent une seule observation de hernie obturatrice dans laquelle on a extirpé le sac après ligature de son collet. La cicatrisation a été lente, mais deux mois après il n'y avait pas de récurrence. Ce fait unique ne se prête évidemment à aucune généralisation.

Nous terminerons là notre étude sur l'opportunité des manœuvres de cure radicale dans la kélotomie pour étranglement. — Rationnelles dans l'opération de la hernie crurale, nettement indiquées dans celle de la hernie ombilicale, elles ne doivent pas être risquées lorsqu'on opère une hernie inguinale. — Cette conclusion résume les préceptes auxquels on doit à notre avis se conformer dans l'opération de la hernie étranglée.

## PIÈCES JUSTIFICATIVES