

considérations opératoires contenues dans cet article, qui en est, pour ainsi dire, la raison d'être.

Nous avons dit que le premier procédé de suture qui ait été réellement efficace, encore qu'il ait été aveugle, est celui de J. Wood. Un mot sur lui. Il n'était appliqué d'ailleurs qu'aux hernies réductibles et exigeait tout d'abord que la hernie inguinale, crurale ou ombilicale, car c'est d'elles seules qu'il s'agissait, ait été refoulée dans le ventre. Wood, par une petite incision, guide sur le doigt, dans le canal inguinal, une aiguille qui traverse le bord supérieur et le bord inférieur de l'anneau inguinal profond, avec une anse de fil qui perfore aussi le sac invaginé, au-devant du cordon spermatique; le trajet à parcourir est moins compliqué pour les hernies crurale et ombilicale. C'est en croisant les deux anses du fil que s'obtient la constriction et la fermeture de l'orifice herniaire. Wood n'accuse pas de mortalité par ce procédé, bien qu'il ait agi avant la méthode antiseptique. Inutile d'ajouter qu'il est simplement curieux et que, par cela seul qu'il agit dans la profondeur, au jugé, et loin du plein jour, il est à rejeter et n'a qu'un souvenir historique.

Dans le même genre, nous remarquerons les méthodes qui cherchent la cure radicale par les injections irritantes. On en a fait dans le sac : c'était courir au-devant de la péritonite; on en a fait autour du sac, pour chercher à provoquer la rétraction des tissus. Luton injectait l'eau salée, un autre de l'alcool à 20 p. 100, d'autres une décoction fraîche d'écorce de chêne; l'inflammation et la suppuration ont été trop souvent le résultat de ces pratiques. C'est tout au plus si, chez les enfants, on pourrait, avec Lannelongue, Nimier et Coudray (1), faire quelques injections de chlorure de zinc.

La vraie cure radicale de la hernie exige le traitement spécial du sac mis à découvert et du trajet herniaire par la suture.

Les enveloppes extérieures sont incisées jusqu'au sac. Celui-ci est habituellement ouvert, disséqué et attiré jusqu'au delà de son collet, puis extirpé après sa ligature; quelquefois cependant on le conserve et on l'utilise comme bouchon obturateur.

Puis la paroi abdominale est reconstituée par une suture transitoire ou permanente, faite avec ou sans fils, de façon à supprimer le trajet herniaire.

Bien entendu, avant de se livrer à l'acte opératoire, il faut avoir préparé la région, procédé à l'antisepsie ou à l'asepsie nécessaires, et fait vider la vessie s'il s'agit d'une hernie inguinale ou même crurale.

Quand le sac est ouvert, il est possible que l'on rencontre l'épiploon. Comment faut-il le traiter? on peut soit le refouler, soit l'exciser; on l'excisera s'il est adhérent et que la rupture de ces adhérences pro-

(1) NIMIER et COUDRAY, *Congrès de chir.*, 1897.

voque un suintement sanguin. Mais on le refoulera simplement s'il est libre et peut facilement repasser le chemin de la hernie; c'est que l'excision de l'épiploon peut exposer à quelque accident venant des fils employés: ceux-ci donnent quelquefois de l'infection et une réaction péritonéale enkystée; elle aboutit à des abcès qu'il faut ouvrir et où l'on trouve les fils infectés.

Lorsqu'on dissèque le sac, il faut se préoccuper des organes du voisinage pour les respecter, comme les différents éléments du cordon; les instruments nous paraissent mériter d'être rejetés pour cette besogne, et pour la plupart des hernies nous nous servons de nos doigts seuls. Quelques hernies inguinales congénitales exigent cependant l'emploi des ciseaux. Ce sac, enfin, doit être extirpé aussi haut que possible, même en empiétant sur le péritoine. Une bonne ligature est habituellement employée pour son occlusion, que quelques chirurgiens réalisent cependant en le nouant lui-même. Si on le résèque, il faut, avec Lucas-Championnière, remonter jusqu'au-dessus de l'infundibulum péritonéal, afin d'éviter les récidives. Nous verrons, en étudiant les procédés de cure radicale de la hernie inguinale, comment des chirurgiens bouchent ce sac en le capitonnant, en le tordant, ou en le pelotonnant. Enfin, tout cela étant fait, il reste à reconstituer la paroi abdominale. C'est la suture qui fait tous les frais de ce temps aussi important que le bon traitement du sac et de son contenu: le but est de restaurer les plans musculo-aponévrotiques de la région herniaire sur le type normal antérieur, mais les moyens sont bien différents; on n'a qu'à jeter les yeux sur le traitement des hernies inguinale, crurale et ombilicale pour s'en convaincre.

Puis on fait des sutures superficielles et le pansement, qui est enlevé vers le huitième ou le dixième jour.

Quelques chirurgiens préfèrent que la plaie granule et se réunisse par seconde intention, estimant que les cicatrices ainsi produites sont plus résistantes; cela est vrai quelquefois.

Le malade ne doit pas se lever avant une quinzaine de jours; et après, s'il est jeune, si la hernie était petite, si les tissus étaient résistants et faciles à reconstituer, il peut ne pas porter de bandages. Dans le cas contraire, il doit en porter.

Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé qui consiste, quand on veut être logique avec une théorie, à raccourcir le mésentère et à le fixer à une côte pour que l'intestin ne puisse plus descendre.

Mais nous signalerons la nécessité où l'on est d'emprunter quelquefois des greffes solides hétéroplastiques, ou de faire de l'autoplastie avec de l'os, du tissu musculaire ou fibreux.

Ainsi pratiquée, la cure radicale des hernies est une opération simple et sans gravité. Ce n'est pas que quelques cas de mort n'aient été enregistrés; on a vu quelques rares péritonites septiques

qui ne doivent pas exister et sont la faute des chirurgiens, des blessures des organes voisins : cordon spermatique, vaisseaux épigastriques, vaisseaux fémoraux, intestin. Il n'est qu'une complication qui paraisse avoir une relation directe avec l'opération de la hernie. C'est la congestion pulmonaire, ou la broncho-pneumonie, et encore faut-il pour cela avoir opéré des individus trop âgés, ou alcooliques, ou qui ont été victimes d'un accident d'anesthésie comme le reflux du contenu stomacal dans les voies respiratoires. Si l'on n'opère pas des individus trop vieux, n'ayant pas dépassé cinquante ou soixante ans, et des hernies qui ne soient pas trop grosses et irréductibles, il est tout à fait exceptionnel qu'on ait à enregistrer un déboire. Ce sont des succès que réservent à peu près constamment de semblables entreprises.

Pour l'efficacité définitive, il est bien difficile de l'établir avec des statistiques qui ne concernent ni les mêmes hernies, ni des individus semblables par leur âge, le volume et la nature de leur tumeur, ni des opérations faites suivant les mêmes principes. Il y a des récurrences dans tous les procédés; c'est habituellement la faute, sauf le cas d'infection de la plaie, à la hernie qui est trop volumineuse, dont le sac n'a pu être convenablement extirpé, ou du hernieux qui a des parois peu résistantes.

Nous ne saurions donner ici le pourcentage de succès et de récurrences; on les trouvera à propos de chaque hernie en particulier.

La cure radicale bénéficie des cas où la guérison par le bandage ne saurait être obtenue; il y a quelques années, on disait qu'elle ne devait pas être employée *d'emblée* chez les enfants et les adolescents, et les jeunes adultes qui ont des hernies de force. On la réservait aux hernies qui s'accroissaient malgré le bandage, à celles qui s'échappaient sous sa pelote, à celles qui s'accompagnaient d'accidents d'inflammation ou d'étranglement, à celles en un mot qui, suivant l'expression de Trélat, n'étaient pas complètement, constamment et facilement contenues par le bandage. Aujourd'hui, on ose davantage. Cependant, les hernies de faiblesse, et les hernies multiples, qui indiquent un manque de résistance générale de la paroi abdominale, ne sauraient être traitées par l'opération sanglante. De même, celle-ci ne sera pas faite chez les cardiaques, les individus atteints de maladies de l'arbre respiratoire, ou les cachectiques. On n'opère pas, sauf le cas d'étranglement, après cinquante-cinq et soixante ans. A. Poncet (1) place la limite à cinquante ans. Mais les enfants peuvent être opérés, sinon dès leurs premiers jours, du moins dès leurs premiers mois.

(1) A. PONCET, *Lyon médical*, 1893.

## II

## ACCIDENTS DES HERNIES

## I. — ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

L'étranglement herniaire est un des accidents fréquents et des plus redoutables de l'évolution des hernies, il est caractérisé par la constriction serrée de l'intestin et de l'épiploon, s'il s'agit d'une épiplocèle, dans l'intérieur du trajet herniaire, constriction permanente, gênant la circulation sanguine, arrêtant le cours des matières et ne tardant pas à déterminer, si la réduction n'est pas pratiquée, des accidents de perforation et de gangrène des tuniques intestinales ou de nécrose épiploïque.

**Historique.** — Il est curieux de constater que la définition si simple que nous venons de donner de l'étranglement herniaire, et qui est calquée sur celle formulée par Gosselin en 1844 dans sa thèse d'agrégation, ait mis si longtemps avant d'être précisée.

On est étonné en effet, lorsqu'on examine au cours d'une kélotomie les caractères anatomiques si nets de l'étranglement de l'intestin, que les anciens auteurs aient pu si longtemps errer et chercher dans la distension des anses, dans l'engouement, dans des accidents inflammatoires, l'explication des phénomènes mécaniques qui résultent de la stricture du tube digestif hernié.

Hippocrate, Celse, Praxagoras, Paul d'Égine, avaient bien reconnu les caractères cliniques de l'étranglement herniaire; mais ils étaient frappés surtout de la distension de l'intestin, de la pression des matières accumulées à son intérieur, et ils créèrent la théorie de l'engouement, qui fut seule en faveur pendant de longs siècles. Sous des formes diverses, cette théorie persista dans toute son intégrité jusque vers le milieu du xvi<sup>e</sup> siècle. C'est ainsi que Franco faisait jouer un rôle important, non plus aux matières stercorales seules, mais encore à « certaines flatuosités et autres choses venteuses » qui provoquaient l'irréductibilité. Au xvii<sup>e</sup> siècle, avec Rousset, Pigray, on admet encore le rôle de la distension de l'anse herniée par les gaz, mais déjà la notion de l'*étranglement* commence à se faire jour et dès lors elle va prendre le pas sur l'engouement.

Riolan avait découvert les anneaux herniaires, il avait compris le rôle que ceux-ci pouvaient jouer dans l'irréductibilité des hernies. — Maupas, en 1551, plus tard A. Paré avaient, par section de ces anneaux fibreux, opéré et guéri des hernies étranglées; dès lors, le rôle de l'étranglement était manifeste, et Nicolas Lequin, en 1665,