

j'ai eu des raisons d'être fort peu satisfait de l'efficacité de la suture de l'anneau, et cela au moment même où je la pratiquais; j'avais d'emblée l'impression que la suture n'était guère en état de maintenir réunis les piliers de l'anneau inguinal externe. Aussi ai-je *a priori* la tendance à partager l'opinion de SCHEDE lequel, en effet, a peu de confiance dans la solidité de la suture des piliers minces et tendineux de l'anneau; je suis également de son avis lorsqu'il affirme qu'au point de vue de la solidité de la suture, il est assez indifférent que l'on se serve de catgut ou de fils plus résistants tels que la soie rendue aseptique (CZERNY); en effet même une suture qui ne subit pas de résorption ne saurait maintenir en contact du tissu aponévrotique à la manière des fils de suture d'un vêtement, car la cicatrice a, en général, une tendance à s'allonger et permet ainsi aux piliers de s'écarter de nouveau. Néanmoins, vu l'insuffisance de l'expérience acquise jusqu'ici, on fera bien, je crois, d'employer simultanément les deux méthodes opératoires; peut-être devra-t-on faire subir à la suture certaines modifications. Ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années, alors que l'opération radicale sera devenue populaire et aura été pratiquée très souvent, que l'on pourra décider quelle est la méthode la plus sûre ou se convaincre de l'impossibilité d'obtenir une guérison certaine par l'un et l'autre procédé. Quant aux petites hernies situées entre le sternum et l'ombilic, et dont nous avons conseillé plus haut l'opération, on a parfaitement raison, à notre avis, de les fermer par la suture. En suturant exactement l'anneau avec de la soie antiseptique, on peut être parfaitement sûr d'empêcher d'une façon durable la sortie de la hernie par une voie déjà par elle-même difficile.

En ce qui concerne la méthode opératoire elle-même, nous devons rappeler ici que les **précautions antiseptiques les plus minutieuses doivent être prises déjà plusieurs jours avant l'opération**. Tout le champ opératoire sera soumis à des lavages répétés d'eau et de savon, les poils du pubis seront rasés, puis avant de commencer l'opération, on fera encore un lavage avec une solution phéniquée à 5 0/0. Quelques jours avant l'opération on ne fera prendre qu'une petite quantité d'aliments ne donnant que peu de matières fécales, et l'on administrera plusieurs fois un léger laxatif. L'opération elle-même commence par une incision de la peau mettant à découvert l'anneau et la partie supérieure du sac, incision dont l'étendue varie suivant le volume de la hernie (5 à 10 centim. et davantage). Quant à sa direction, elle est la même que celle de la hernie; l'incision passera par le milieu de l'anneau et du sac herniaire. On divise ensuite les tissus couche par couche, ainsi que nous le décrirons exactement à propos de la herniotomie. Le sac herniaire doit être mis à nu jusqu'au niveau de l'anneau, puis divisé d'abord un peu au-dessous de cet orifice. On opère ensuite, dans le cas où il s'agit d'une hernie mobile, la réduction des parties qui n'ont pas été déjà réduites auparavant ou qui ont fait de nouveau irruption dans le sac. Ce dernier est lié aussi haut que possible au niveau de son collet au moyen d'un gros fil de catgut: s'agit-il d'une hernie inguinale, on devra opérer de façon à ne pas saisir les éléments du cordon spermatique dans l'anse

du fil. Le sac herniaire lui-même est ensuite traité de diverses manières par les différents chirurgiens. Pour ma part, le procédé le moins convenable dans les hernies inguinales me paraît être l'extirpation, laquelle, en effet, favorise évidemment le développement ultérieur d'un phlegmon du scrotum. Par contre l'extirpation est dans tous les cas justifiée lorsqu'il s'agit d'une hernie crurale<sup>1</sup>.

Si l'on ne se décide pas à extirper le sac, on peut le suturer ou le sectionner au niveau de son collet, et le soumettre à un lavage à la solution phéniquée forte suivi du drainage de sa cavité. Le procédé que j'ai adopté à la suite d'un grand nombre d'opérations, consiste à exciser au-dessous de l'orifice herniaire une zone circulaire du sac à peu près de la largeur du doigt, de façon à séparer complètement le collet du sac des enveloppes du testicule. Avant l'excision j'ai soin d'écarter de la paroi du sac les éléments du cordon, ce que j'ai toujours pu faire, même lorsqu'il s'agissait de hernies congénitales, soit en me servant simplement des doigts, soit en saisissant le sac avec des pinces et en refoulant en arrière, à l'aide des ciseaux de Cooper fermés, tout le tissu conjonctif para-péritonéal ainsi que le cordon spermatique. Cela fait, je ferme le collet du sac incisé au moyen de sutures entrecoupées au catgut, et je le refoule dans l'anneau après l'avoir détaché encore plus haut du tissu conjonctif voisin. Avec ce procédé j'ai toujours réussi à mener à bien l'opération, même dans les cas de hernies congénitales chez les enfants, et je ne me suis jamais trouvé dans la nécessité d'avoir recours à l'ablation du testicule proposée par KRASKE dans certaines conditions. Dans les cas où les éléments du cordon s'étalent en forme d'éventail sur le collet du sac, et ne peuvent être détachés de ce dernier qu'avec difficulté, cet auteur conseille, en effet, d'enlever le testicule qui, suivant lui, serait ici le plus souvent atrophié. La castration serait justifiée, d'une part, parce qu'elle permet de pratiquer la ligature du sac, et, d'autre part, à cause de la gangrène du testicule qui se produit facilement lorsque les vaisseaux du cordon ont été séparés du sac sur une certaine étendue. A mon avis on peut toujours isoler

1. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Cure radicale des hernies 1887) est partisan décidé de la cure radicale des hernies par la méthode sanglante. Dans son travail il insiste sur l'importance de l'extirpation de toute la séreuse constituant le sac, le collet de ce dernier, et même d'une portion du péritoine abdominal dans le voisinage de la hernie. La suture qui comprend le péritoine et les parties sous-jacentes, donnerait alors une réunion sans infundibulum, par conséquent des conditions peu favorables à une récurrence. Comme le péritoine et les couches lamellaires qui le doublent, glissent ordinairement assez bien sur les anneaux, on parvient par des tractions méthodiques à abaisser la séreuse en forme de canal, on place les ligatures et l'on résèque le sac au-dessous de ces dernières. On peut voir alors les parties que l'on avait attirées en bas, rentrer dans l'abdomen grâce à l'élasticité des tissus, et venir se placer au-dessus de l'anneau. Pour les ligatures l'auteur se sert soit de catgut, soit de crin de Florence. Elles sont placées à la partie la plus profonde du pédicule et enchevêtrées. (Voir également à ce sujet les communications qui ont été faites au congrès français de chirurgie, en mars 1888). (Note du traducteur).

le collet du sac, le sectionner et le suturer ensuite de la manière décrite plus haut, alors même que ses parois sont très minces.

D'après mon expérience personnelle il est parfaitement indifférent que l'on laisse ouvert le sac dans lequel on introduit un drain, ou qu'on le ferme par des points de suture.

SCHEDE a fait connaître le résultat de son expérience chirurgicale dans les cas où le sac herniaire et son collet sont soudés d'une façon si intime avec le voisinage, que l'on ne peut pas les isoler facilement pour placer une ligature. Il conseille alors ou bien d'introduire dans le sac incisé un tube à drainage jusque dans le collet, ou bien de suturer avec la peau une partie du sac incisé et de faire pénétrer également jusque dans le collet un tube à drainage à travers cette sorte de fistule labiée. L'orifice du collet du sac se ferme alors par voie de granulation, et le collet lui-même, grâce à l'irritation due à la présence du drain, se soude encore plus intimement avec l'anneau et l'oblitérè.

C'est CZERNY qui a le plus vivement conseillé la suture de l'anneau (voir plus haut). On se sert dans ce but d'un fil de catgut ou de soie aseptique muni de deux aiguilles courtes et recourbées, que l'on passe de dedans en dehors à travers chaque pilier du canal inguinal. Suivant la largeur de l'anneau on fait de 2 à 3 sutures et l'on coupe les fils à ras du nœud. Puis on introduit un tube à drainage du volume du petit doigt; ce tube est placé dans le sac herniaire lui-même si ce dernier est laissé ouvert, tandis qu'il arrive jusqu'au niveau de l'anneau lorsque le sac a été fermé. Enfin on suture la plaie de façon à la réduire à l'ouverture pour le passage du drain. Un peu d'iodoforme appliqué sur le drain après que toute la plaie a été lavée encore une fois avec une solution d'acide phénique ou de sublimé, assure une guérison parfaite sans suppuration.

Le champ opératoire est alors nettoyé avec soin à l'aide d'une solution phéniquée, toute trace de sang est enlevée, puis avec de la gaze chiffonnée, on enveloppe tout le scrotum, la région de la hernie et l'hypogastre, et l'on applique une bande de façon à comprimer fortement toutes les parties qui entourent la plaie. Puis vient le pansement de Lister proprement dit, recouvrant la région hypogastrique, une partie des cuisses et le périnée, et présentant une ouverture pour le pénis. Enfin ce dernier pansement est recouvert, dans la région de la plaie, d'éponges ou de gâteaux de jute qui ont été préalablement désinfectés avec soin dans de l'acide phénique, puis séchés; le tout est maintenu par une bande de caoutchouc chargée d'exercer une compression et d'empêcher ainsi l'air d'arriver sur la plaie. Dans le traitement consécutif on fera en sorte d'éviter qu'au moment de la miction, le pansement ne vienne à être souillé par l'urine. Pendant les premiers jours qui succèdent à l'opération, on fera bien de n'accorder au malade qu'une nourriture très peu abondante et exclusivement liquide.

Dans les cas de **hernies adhérentes**, le procédé opératoire est le même, avec la seule différence que l'on a souvent beaucoup de peine à séparer les parties soudées. C'est l'épiploon qui, sous ce rapport, présente le moins de difficulté. On réséquera les paquets d'épiploon un peu volumineux ou dégénérés, après ligature préalable du pédicule, ou bien on en fera l'ablation peu à peu en liant les vaisseaux isolément; puis on fera rentrer le reste de l'épiploon dans la cavité abdominale. Quant aux parties peu adhérentes et non altérées de l'épiploon, on pourra simplement les détacher et les refouler dans l'abdomen après ligature des vaisseaux qui donnent du sang. Les adhérences intestinales offrent de bien plus grandes difficultés que celles de l'épiploon lorsqu'elles ne sont pas assez lâches pour pouvoir être détachées avec les doigts. Si l'on a affaire à des adhérences solides, on les divisera à l'aide du bistouri ou des ciseaux dirigés à plat, de façon à ne pas blesser l'intestin. C'est surtout dans les cas où les anses intestinales sont soudées entre elles, que ce temps de l'opération offre parfois de grandes difficultés. Lorsqu'on a à s'attendre à un fort écoulement sanguin au niveau de l'anse intestinale réduite, il est peut-être à conseiller de laisser ouverte la cavité abdominale et d'y introduire un tube à drainage (SCHEDE).

Comme les résultats des opérations radicales, tels qu'on les connaît maintenant, prouvent que, du moins dans un grand nombre de cas, les hernies opérées se reproduisent, on n'est pas autorisé à pratiquer cette opération pour des hernies réductibles qui peuvent être maintenues par un bandage. Pour le moment, la plupart des chirurgiens allemands limitent les indications de l'intervention opératoire aux hernies étranglées, aux hernies irréductibles et à celles qui sont réductibles, mais ne peuvent être maintenues par le bandage, à condition toutefois qu'elles ne soient pas trop volumineuses. Lorsque dans une hernie étranglée on est obligé d'ouvrir le sac, on ne complique pas sensiblement l'opération en fermant ce dernier de la manière décrite plus haut, ou en en pratiquant l'extirpation. D'autre part, s'il s'agit d'une hernie adhérente et irréductible, l'opération permettra au malade de porter de nouveau un bandage.

En effet, d'après l'expérience acquise de nos jours, le port du bandage est indispensable à la suite de l'opération. En tout cas, un grand nombre de malades voient à la suite des méthodes opératoires employées jusqu'ici, des récidives se produire sur place ou dans le voisinage de la hernie opérée, récidives qui nécessitent l'application d'un bandage. Quant à la mortalité du fait de l'opération, elle est trop faible pour que nous refusions au malade l'avantage de pouvoir maintenir sa hernie réduite. Toutefois il y aurait selon nous quelque témérité à soumettre également des enfants récalcitrants à ces opérations radicales sur les indications mentionnées en dernier lieu. En effet, chez ces enfants, on court fort le risque de voir le pansement se salir et l'on ne peut pas toujours éviter