

près la même proportion de décès, soit 39 0/0 ou 1 : 2 1/2, tandis qu'une ancienne statistique de MARC GIRARD (1525 opérations avec 794 décès), donne des résultats encore plus mauvais, soit une mortalité de 52 0/0 ou d'environ 1 : 2. Ajoutons qu'il a été publié dernièrement une statistique d'ensemble sur les résultats de la herniotomie externe et interne. Sur 350 cas opérés par la herniotomie externe 85 sont morts, tandis que sur 1029 herniotomies avec ouverture du sac (COLLIS) 504 ont eu une terminaison mortelle. Se basant sur ces résultats, AFFRE fixe le chiffre de la mortalité entre 25 et 50 0/0. A ces statistiques viennent se joindre 2 autres publiées dans ces dernières années. L'une d'elles dressée par B. SCHMIDT donne les résultats d'un certain nombre de cliniques allemandes : 308 herniotomies pour hernies étranglées ont donné 113 morts, soit une mortalité de 36, 6 0/0. Mais comme un certain nombre de cas de mort n'ont rien à faire avec l'opération elle-même, le chiffre de la mortalité se trouve abaissé à 30 0/0. La grande majorité des décès reconnaissent pour cause la péritonite septique. LEISRINK est arrivé à de meilleurs résultats dans sa statistique de 188 cas dans lesquels, en même temps que la herniotomie, on avait fait l'opération radicale; 155 opérés ont guéri (82 1/3 0/0) et 13 ont succombé (17 2/3 0/0).

Pour que l'on pût vraiment tirer des conclusions des chiffres d'une statistique, il faudrait que cette dernière fût empruntée à un seul grand hôpital, et que les éléments en fussent disposés d'après un plan bien déterminé. Vouloir comprendre sous les mêmes chiffres toutes les diverses formes de hernies étranglées, celles qui sont récentes et sans altérations, comme celles qui sont anciennes, qui ont été maltraitées auparavant ou sont peut-être déjà frappées de gangrène, c'est absolument comme si l'on additionnait des quantités de nature différente. *Tout chirurgien qui a opéré un grand nombre de hernies depuis l'avènement de la méthode antiseptique, doit savoir que le pronostic de la herniotomie s'est considérablement amélioré.* D'autre part, il aura pu se convaincre que dans certains cas l'antiseptie n'est plus d'aucun secours parce qu'on se trouve déjà en présence d'une péritonite septique grave, d'un intestin infecté, frappé de gangrène, etc. D'ailleurs, tout opérateur qui a pratiqué un grand nombre de herniotomies dans ces dernières années, doit avouer qu'il apprend toujours mieux à observer les règles de l'antiseptie et que les résultats qu'il obtient tendent continuellement à s'améliorer.

Le pronostic de la herniotomie dépend d'un certain nombre de circonstances. Comme dans toute opération sanglante, l'âge du malade n'est pas sans influence. L'âge avancé comporte un pronostic d'autant plus défavorable que, le plus souvent, ce sont des hernies compliquées et volumineuses qui exigent une opération. Par contre, l'opinion qui a cours actuellement sur les résultats opératoires chez les **enfants** n'est point tout à fait exacte; ces résultats ne sont évidemment pas aussi mauvais qu'on le suppose généralement. Tout d'abord, il importe de se

rappeler que les hernies étranglées sont relativement rares chez les enfants; on trouve, en effet, une proportion de 1 : 62 environ si l'on compare la fréquence de l'étranglement chez l'enfant et chez l'adulte (FRICK-HOEFER). Le plus grand nombre, soit environ les trois-quarts, s'observent dans les deux premières années (WIMMER, d'après une statistique comprenant 48 cas); l'autre quart se répartit sur la période de 3 à 13 ans. Le plus souvent il s'agit de hernies inguinales; les hernies adhérentes et les épiplocèles sont relativement très rares.

D'après les observations de WIMMER, les résultats du traitement au premier jour de la maladie sont constamment favorables; au second jour les succès sont de 2/3, au troisième jour les insuccès deviennent nombreux; enfin aucun succès n'a été obtenu dans les cas où la hernie étranglée n'arrivait en traitement que le quatrième jour. La mortalité à la suite du taxis est de 1 : 9, et à la suite de l'opération, de 1 : 3 1/4. Ici encore les résultats s'amélioreront considérablement dans la suite, grâce à l'antiseptie et à la méthode de herniotomie externe, laquelle conserve toujours ses droits, surtout chez les petits enfants.

B. SCHMIDT qui a rassemblé 94 observations de hernies étranglées chez les enfants, mentionne 4 cas de réduction spontanée de la hernie avec 4 guérisons, 25 cas de réduction par le taxis donnant 21 guérisons, et 64 herniotomies suivies de guérison dans 43 cas, ce qui fait en tout 68 guérisons et 26 morts. Les **herniotomies externes chez les enfants** ont certainement, de nos jours encore, un pronostic meilleur que les herniotomies internes, car dans le premier procédé la souillure inévitable du pansement par l'urine et les excréments fait courir moins de dangers au petit opéré.

Pour ma part j'ai guéri deux enfants, de 6 et 8 mois, par la herniotomie externe.

Dernièrement WOODBURY a publié un cas de guérison par voie opératoire d'une très grosse hernie étranglée chez un nouveau-né; la herniotomie fut pratiquée le second jour après la naissance, qui était en même temps le second jour de l'étranglement.

La **durée de l'étranglement** est évidemment d'une très grande importance au point de vue du pronostic. On peut facilement prouver par la statistique que la mortalité augmente de jour en jour. Aux troubles de nutrition que subit l'intestin du fait de l'étranglement, viennent souvent se joindre, lorsque ce dernier dure depuis longtemps, les conséquences fâcheuses résultant de tentatives répétées de taxis. La durée de l'étranglement est naturellement d'une importance très variable suivant les cas. Dans les formes aiguës d'incarcération, telles qu'on les observe surtout dans les petites hernies crurales bien connues, on est souvent obligé d'opérer déjà au bout de 12 heures ou même encore plus tôt, si l'on ne veut pas laisser passer le moment favorable; par contre, dans nombre de cas chroniques il est permis et même indiqué d'attendre quelques jours et de faire plusieurs séances de taxis avant de se décider à une

intervention opératoire. Il importe, par conséquent, de ne pas suivre une ligne de conduite invariable, telle que l'a tracée, par exemple, GOSSELIN, lequel voulait que l'on opérât les hernies inguinales au bout de 24 à 48 heures, et les hernies crurales au bout de 12 à 24 heures.

Si nous ajoutons que les hernies volumineuses, les hernies avec adhérences ou contenant une grande masse d'épiploon, ont un pronostic plus mauvais que celles qui ne se présentent pas avec ces caractères, nous aurons terminé cet aperçu des circonstances qu'il importe de prendre ici en considération.

D'après ce que nous venons de dire, on ne peut donc formuler des **indications** tout à fait sûres, valables pour tous les cas. Les étranglements aigus doivent être opérés le plus tôt possible, dans certains cas déjà au bout de 6 à 12 heures, après que l'on a fait une ou tout au plus deux tentatives de taxis et appliqué sur la hernie des vessies de glace. Si le taxis n'est pas couronné de succès, on laisse le malade sous l'influence du chloroforme et l'on procède immédiatement à l'opération. Dans les cas chroniques on peut temporiser plus longtemps et faire plusieurs séances de taxis, dans l'intervalle desquelles on fera bien d'essayer des injections d'eau au moyen d'un long tube de caoutchouc. Mais dès qu'apparaissent des symptômes inquiétants, tels que des vomissements de matières fécales, le hoquet, la petitesse du pouls, dès que l'on remarque une tendance au refroidissement des extrémités, il n'est pas permis de différer plus longtemps l'opération.

§ 114. — Une grande partie des dangers de la herniotomie reconnaissent pour cause **l'ouverture de la cavité péritonéale** au moment de l'incision du sac herniaire. C'est ce qu'avaient entrevu de très bonne heure les chirurgiens; déjà FRANCO avait tenté, dans certains cas appropriés, de *débrider l'anneau, cause de persistance de l'étranglement*, et d'opérer la réduction de l'intestin sans ouvrir le péritoine. Mais c'est à J. L. PETIT que nous devons d'avoir, par sa parole et par ses actes, introduit cette méthode opératoire dans la pratique chirurgicale. En France la doctrine de l'étranglement par le collet du sac dans tous les cas sans exception (DUPUYTREN, MALGAIGNE), fut un obstacle théorique à l'introduction de la herniotomie externe. En Allemagne également de grandes autorités chirurgicales (DIEFFENBACH) condamnèrent cette méthode. Par contre en Angleterre, grâce aux conseils de COOPER, le nombre de ses partisans s'accrût notablement (KEY, B. COOPER, TEALE, PAGET, etc.), et bientôt les chirurgiens allemands suivirent leur exemple (ROSER, DANZEL, SCHUH, BUSCH, SCHMIDT, DOUTRELEPONT, etc.) Nous croyons que la méthode antiseptique est appelée à restreindre les indications de la herniotomie externe, mais nous ne sommes nullement de l'avis de nombre de chirurgiens qui voudraient que l'on laissât tout à fait de côté cette opération. Tout d'abord, nous pensons qu'il est indiqué d'en faire l'essai chez les enfants qui salissent leur pansement, de même que chez

les personnes faibles d'esprit ou très malpropres. Dans tous ces cas il est certainement fort désirable que la réduction de la hernie puisse s'opérer une fois l'anneau débridé. Mais même abstraction faite de ces indications spéciales, nous sommes d'avis que de nos jours encore, le médecin fera bien de se contenter de la herniotomie externe lorsque les circonstances sont telles qu'il n'a pas à douter de l'état d'intégrité de l'anse intestinale herniée, et qu'après l'incision de l'anneau, une très légère pression suffit à faire rentrer le contenu du sac dans la cavité abdominale. Pour le traitement consécutif on n'a guère affaire alors qu'à une plaie cutanée; la cavité péritonéale est restée fermée et le danger de péritonite se trouve par le fait éliminé. Nous savons, il est vrai, qu'en observant strictement les règles de l'antisepsie, on n'a pas à craindre une péritonite septique par infection venant de l'extérieur. Mais pour mener à bien le traitement consécutif, il faut avoir déjà acquis un certain degré de sûreté dans l'emploi de la méthode antiseptique, et même alors — tout praticien sera de notre avis — les conditions de la pratique, surtout à la campagne, sont telles que souvent le médecin le mieux exercé dans l'art de l'antisepsie, ne peut absolument pas prendre sur lui la responsabilité d'un traitement aussi difficile. Aussi pensons-nous que dans de pareilles conditions il est très avantageux pour l'opéré que l'on s'abstienne d'ouvrir le péritoine, et qu'on évite ainsi le danger d'une péritonite septique par infection venant de l'extérieur.

Mais, je le répète ici expressément, l'opération en question a ses limites en général bien caractérisées. Le moindre soupçon d'une gangrène de l'intestin, la longue durée de l'étranglement, la réduction incomplète, ou une certaine difficulté de réduction à la suite de l'incision de l'anneau, sont autant de motifs de ne pas se contenter de la herniotomie externe; dans ces cas, en effet, l'incision du sac est nécessaire. De nos jours, si l'on est appelé à opérer dans des conditions favorables, dans des cliniques chirurgicales et avec l'assistance d'aides exercés, on donnera certainement la préférence à cette dernière opération, surtout que, dans un assez grand nombre de cas, la réduction de la hernie doit être suivie de l'opération radicale.

La **herniotomie externe**, de même que la herniotomie interne, doit être pratiquée suivant les règles de l'antisepsie (voir § 115). Le **procédé opératoire** est en somme fort simple.

L'incision doit être faite parallèlement à l'axe longitudinal de la hernie; suivant l'abondance du tissu adipeux de la région, suivant que le bord supérieur de la hernie recouvre plus ou moins l'anneau, on donne à cette incision une longueur de 1,5 à 5 centimètres, qui permette de bien voir l'anneau, le collet du sac et les parties avoisinantes. On divise ensuite les couches de tissu conjonctif au-devant de l'orifice externe du canal inguinal s'il s'agit d'une hernie inguinale, ou au-devant de la partie correspondante du ligament de Poupart et du prolongement falciforme