

métallique placée vers le talon de l'invaginateur. La tige de l'invaginateur est passée à travers l'un des trous de la plaque, et en faisant agir l'écrou qu'elle porte on serre fortement la peau entre cette plaque et l'invaginateur. L'aiguille à manche enfoncée et cachée d'abord dans le canal central, sort par l'orifice de l'invaginateur, traverse la peau puis le trou de la plaque compressive et en même temps qu'elle assure mieux encore l'immobilité de l'appareil, elle enflamme les tissus qu'elle traverse et amène leur adhérence. *Rothmund* (de Munich) a modifié l'appareil de *Wurtzer*

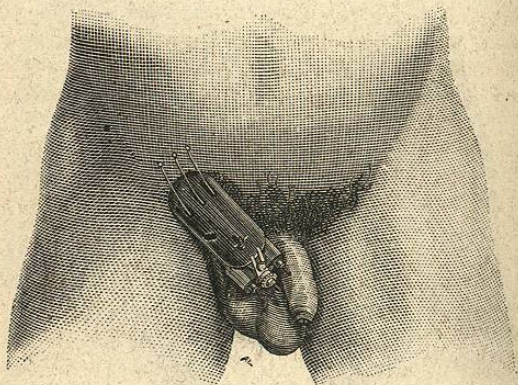


FIG. 591.

Cure radicale. — Procédé de *Wurtzer* modifié par *Rothmund*.

pour le rendre applicable à des hernies plus volumineuses. La modification consiste surtout à avoir augmenté la largeur de l'appareil qui peut être traversé par deux ou même trois aiguilles (fig. 591).

*Wood*, dont le procédé est surtout suivi en Angleterre, incise la peau du scrotum vers le fond du sac, la sépare dans l'étendue de quelques centimètres de la face externe du sac, puis avec le doigt, à l'imitation de *Gerdy*, il invagine le sac dans l'anneau; cela fait, une aiguille à manche portant un chas près de sa pointe, est menée le long de l'index enfoncé dans le canal résultant de l'invagination, et traverse toutes les parties en y comprenant le pilier interne de l'anneau. Un fil métallique est engagé

dans le chas de l'aiguille qu'on retire et le fil la suit du côté du scrotum. Une seconde piqure est faite de la même manière, mais de façon à ce que l'aiguille traverse le pilier externe. On passe dans le chas l'extrémité du fil libre du côté de l'abdomen, et on la retire avec l'aiguille de façon à avoir une anse en avant de l'anneau, et deux chefs sortant du côté du scrotum. On engage ces extrémités dans l'anse et on les rapproche en interposant entre elles et la peau un cylindre de toile qui comprime l'anneau inguinal.

3° *Suppression du sac*. Cette méthode que l'on serait tentée de regarder comme nouvelle n'est qu'une modification de méthodes anciennes, détestables, il est vrai, pour la plupart. Le sac était supprimé de deux manières, par l'*excision* ou la *réduction*.

L'*excision* avait deux procédés : 1° la *castration*, où l'on enlevait le scrotum et le testicule avec le sac ; 2° la *suture royale* dans laquelle on retranchait une partie du sac après avoir cousu le reste.

La *réduction* avait deux procédés analogues : 1° le *procédé de l'Espagnol*, qui repoussait dans l'abdomen le sac et le testicule ; 2° le *procédé d'Arnaud*, qui disséquait le sac et le réduisait sans toucher au reste.

L'oblitération du sac au voisinage de l'anneau s'obtenait par la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec les cautisques, ou par la ligature. Là encore tantôt on cautérisait le sac et le cordon spermatique à la fois, et tantôt on prenait soin d'écarter le cordon. De même on avait commencé par étreindre le sac et le cordon dans une anse de fil d'or, ce qu'on appelait le *point doré* ; puis on avait écarté le cordon et lié le sac seul avec une ligature d'or, de plomb, de soie ou de chanvre.

Je n'ai rappelé tous les abominables procédés qui sacrifiaient le testicule ou le cordon, que comme le point de départ qui a conduit aux autres. Ceux-ci, moins barbares sans doute, n'en sont pas mieux raisonnés pour le but à atteindre. En oblitérant le sac près de l'anneau, ils laissent libre toute la portion qui occupe le canal, et ne sauraient procurer de guérisons réelles que par hasard, et lorsque l'inflammation adhésive se propage dans toute la longueur du canal.

Les procédés actuels, mieux raisonnés, moins dangereux, sont aussi plus efficaces. Ils consistent à inciser les parties molles au devant de l'anneau et dans l'étendue occupée par la hernie; à isoler le sac en le disséquant avec précaution jusqu'au niveau de l'anneau interne et jusque dans l'anneau même, à faire à ce niveau une suture du péritoine, puis à rapprocher par des points de suture toutes les parties de la plaie avivées par la dissection du sac. La partie délicate de l'opération est la dissection des éléments du cordon qu'il importe de ménager. A cette opération quelques chirurgiens ajoutent la suture par rapprochement des piliers de l'anneau.

Dans les cas où l'on a pratiqué l'opération de la hernie étranglée, au lieu de se borner à la suture du sac, on l'isole et on le supprime le plus haut possible.

*Appréciation.* — Les procédés de Gerdy, Wood, Wurtzer sont absolument tombés en désuétude et remplacés par les procédés de dissection et d'enlèvement du sac. Du reste les résultats qu'ils avaient donnés étaient peu encourageants. Sur 62 cas réunis par Thierry et dans lesquels on employa le procédé de Gerdy, il y eut 4 morts; sur 11 cas traités par Bonnet au moyen de sa méthode il y eut 4 guérisons, 5 insuccès et 2 morts. D'après une communication d'Otto Weber à Birkett, sur 14 cas opérés par Wurtzer il n'y aurait pas eu une seule guérison définitive. Au contraire, sur 140 opérations faites par Rothmund dont la méthode n'est qu'une variante de la précédente, il y aurait eu 117 guérisons, 4 améliorations, 6 insuccès et 13 récidives. Wood sur 155 cas opérés jusqu'en 1870 aurait eu 133 guérisons et un seul cas de mort.

Les procédés actuels, plus rationnels, plus chirurgicaux et dans lesquels le chirurgien se rend un compte exact de son action, sont bien supérieurs, au point de vue de la sécurité, aux procédés précédents. La mortalité paraît peu élevée, je dis paraît, parce que si l'on nous a produit des statistiques comprenant de nombreuses opérations sans cas mortels, je connais quelques cas de mort qui ne figuraient pas dans ces statistiques. Leisrink sur un relevé de 202 opérations pour hernie non étranglée a compté 15 morts. L'absence de récidive n'a été constatée après un temps notable que sur 15 opérés.

Il y a aujourd'hui, au moins dans la chirurgie française, une incroyable exagération dans la fréquence de cette opération. Je ne veux pas en rechercher les causes. Dire qu'elle donne des guérisons radicales, c'est faire une erreur, puisque la plupart des opé-

rés sont obligés de porter un bandage et je ne puis considérer comme guéris ceux qui nous ont été présentés comme tels et que j'ai pu examiner, car tous, bien que très récemment guéris, avaient encore de l'impulsion à la toux. D'ailleurs quand on a supprimé le sac, on n'a pas supprimé le trajet inguinal, rendu à la paroi abdominale sa résistance. Le péritoine a pu s'allonger, se déplacer pour former le sac primitif, il s'allongera et se déplacera encore entraînant avec lui la cicatrice de la suture. Comparer les chances à l'éventualité d'un étranglement herniaire à celles de l'opération dite radicale et regarder tout hernieux comme exposé à l'étranglement est méconnaître l'état réel des choses. Dans la pratique civile, les malades portent des bandages appropriés, veillent sur leur santé, se livrent peu aux manœuvres de force, aussi l'étranglement inguinal est-il absolument rare. S'il ne l'est pas dans la pratique hospitalière, c'est que les ouvriers ne portent que de mauvais bandages qui, pour la plupart, ne maintiennent pas la hernie; qu'ils achètent souvent d'occasion de vieux bandages, portant parfois pour une hernie inguinale un bandage crural; par conséquent on ne peut trouver dans la fréquence de l'étranglement dans la classe ouvrière la justification de la cure radicale dans la pratique civile.

Quelques-uns regardent la hernie congénitale comme ne pouvant être guérie que par l'opération. C'est une erreur absolue; la guérison d'une hernie congénitale chez un enfant ou un adolescent est certaine, si le chirurgien sait soigner son malade et si celui-ci suit les conseils qu'on lui donne.

Il est cependant quelques cas où l'opération est justifiée. Chez quelques malades de la classe ouvrière, la hernie non maintenue par un bandage a tellement élargi les anneaux et les a tellement rapprochés que le canal en quelque sorte n'existe plus et qu'il est à peu près impossible de trouver un bandage qui maintienne la hernie. Dans ce cas l'opération permettra du moins l'application efficace d'un bandage approprié. De même dans quelques hernies entéro-épiploïques avec adhérences et irréductibilité de l'épiploon, chez des hommes voués à de rudes travaux manuels, l'opération pourra être justifiée; mais ces cas sont exceptionnels et l'on tendrait aujourd'hui à regarder l'opération comme le traitement rationnel de la plupart des hernies. Je m'élève énergiquement contre une pareille exagération. Je dirai avec Malgaigne: « que les chirurgiens appliquent ici la grande loi de la morale universelle, qui défend de faire à autrui ce que l'on ne voudrait pas souffrir soi-même. »