

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CURE RADICALE

DES

HERNIES

PAR

Jules-Marie BASQUEIRAZ

Ancien assistant à la clinique chirurgicale de l'Université
de Genève.

Médecin diplômé de la Confédération suisse.

DISSERTATION INAUGURALE

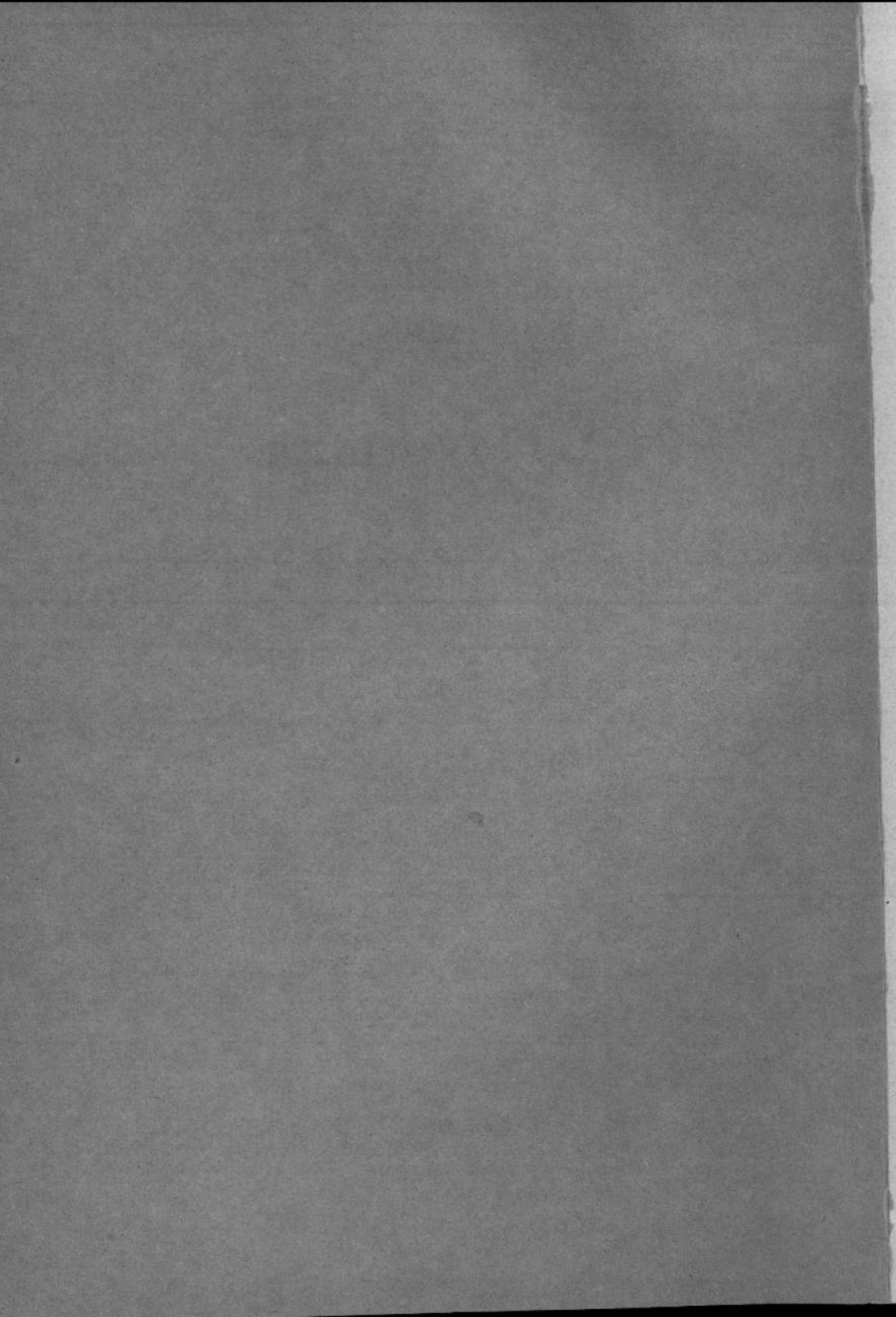
Présentée à la Faculté de médecine de Genève pour obtenir
le grade de Docteur en médecine.



SION

IMPRIMERIE F. AYMON

1890



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

— — —

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA CURE RADICALE

DES

HERNIES

PAR

Jules-Marie **BASQUEIRAZ**

Ancien assistant à la clinique chirurgicale de l'Université
de Genève.

Médecin diplômé de la Confédération suisse.



DISSERTATION INAUGURALE

Présentée à la Faculté de médecine de Genève pour obtenir
le grade de Docteur en médecine.



SION

IMPRIMERIE F. AYMON

1890

*La Faculté de médecine de Genève autorise
l'impression de la présente thèse, sans entendre par
là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y
trouvent énoncées.*

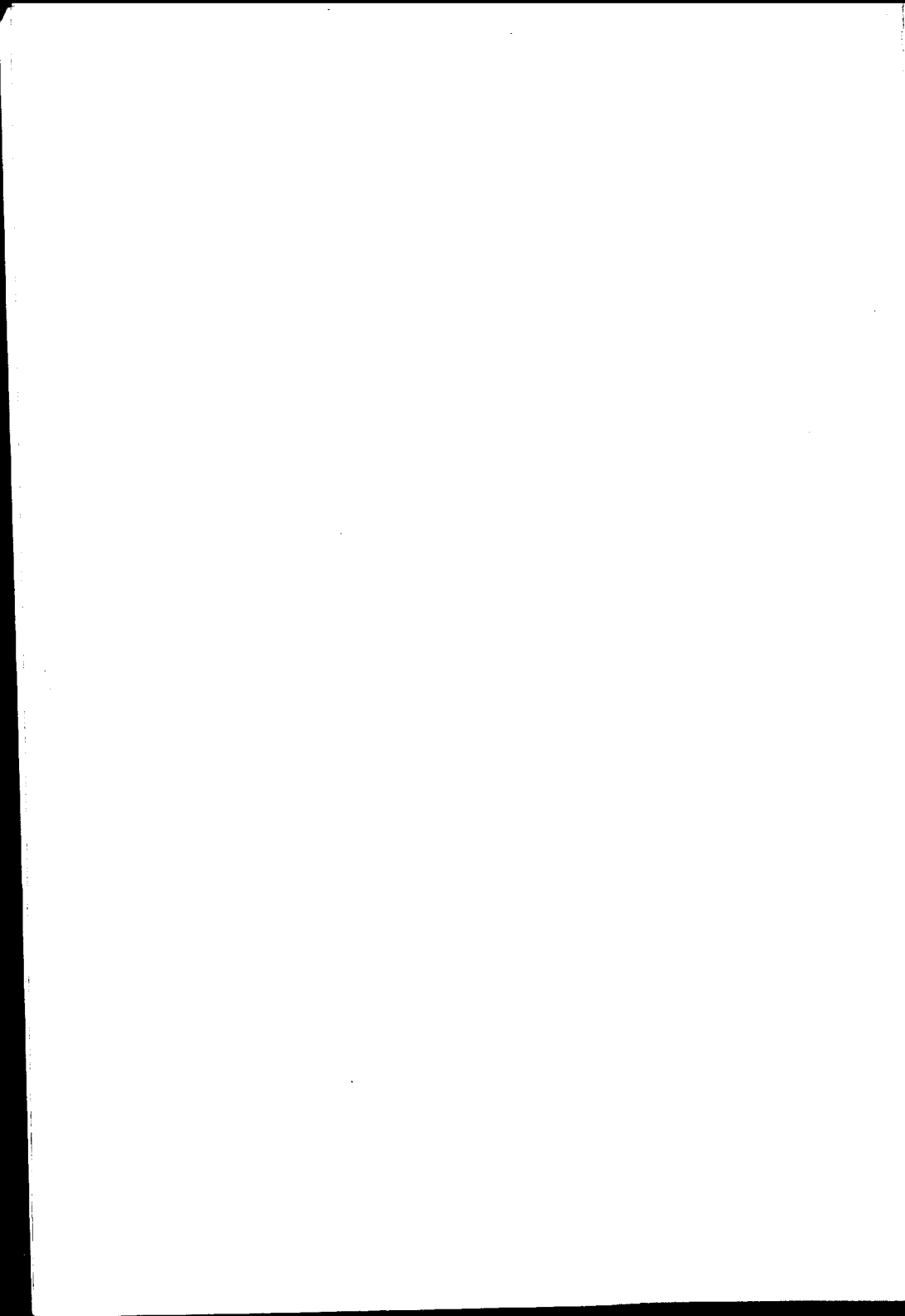
Genève, le 5 Mai 1889.

Pour le doyen de la Faculté :

Dr Prof. Laskowski.

A Monsieur le Dr Professeur Julliard

Hommage de reconnaissance et d'affection.



INTRODUCTION

L'opération de la cure radicale des hernies est à l'ordre du jour ; dans les sociétés de chirurgie, plusieurs praticiens éminents hésitent encore à l'accepter comme une opération de choix, parce que, disent-ils, les résultats obtenus ne sont pas assez anciens pour être appréciés à leur juste valeur.

Nous avons pensé que la publication des résultats obtenus par Mr. le Professeur Julliard, à la clinique chirurgicale de l'Université de Genève, contribuerait à la solution de cette question, en augmentant le nombre des cas déjà connus et publiés.

Nous regrettons de n'avoir pu retrouver tous les opérés ; mais la population de l'hôpital cantonal étant excessivement flottante, plusieurs opérés, et des plus anciens, malgré d'actives recherches, n'ont pu être retrouvés.

Les opérations mentionnées dans notre travail ont toutes été faites à l'hôpital cantonal de Genève, portant sur des personnes soumises à de rudes travaux, qu'elles reprenaient immédiatement après leur sortie de l'hôpital.

Notre travail se divise en trois parties : la première est un court historique de la question, mentionnant les divers procédés opératoires des auteurs ; dans la seconde, nous rapportons les différentes opérations, avec les complications qui se sont présentées et le résultat de ces opérations ; la troisième est une statistique basée sur l'âge des opérés, le volume et la durée de la hernie.

Nous n'avons pas fait l'anatomie de la région opératoire, nous n'aurions pu que répéter ce que les anatomistes ont publié avec une rigoureuse exactitude.

Qu'il nous soit permis de présenter ici à notre cher maître l'expression de notre profonde gratitude pour la direction qu'il a bien voulu nous donner dans ce travail.

HISTORIQUE

Guérir radicalement les hernies a toujours été un *desideratum* de la chirurgie, car cette infirmité, si fréquente et exposant à des accidents si graves, se présentait presque quotidiennement aux médecins, qui ne possédaient, il y a peu de temps encore, que des moyens palliatifs, souvent insuffisants pour sauver la vie des malades. « Une hernie, dit le professeur A. Heydenreich dans la *Semaine médicale* du 11 Juillet 1888, n'est pas une simple infirmité : elle peut s'étrangler et exposer brusquement le malade à des accidents graves, peut-être mortels. Un sujet porteur d'une hernie est en droit d'hésiter à entreprendre un voyage ou un déplacement, au cours desquels il risquera de ne pas trouver en temps voulu les secours médicaux nécessaires. »

Dans ce siècle, jusqu'à la découverte de l'antisepsie, les ressources de la thérapeutique étaient très-restreintes, sauf l'opération proposée par Gerdy, qui mourut avec lui. Le bandage, la réduction de la hernie par le taxis, par la position de la tête en bas, et, si la hernie était étranglée, l'application de la glace, la bande de caoutchouc, la ponction aspiratrice, les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (thèse de Boussenoit) composaient tout l'arsenal thérapeutique du médecin. La herniotomie elle-même ne faisait que lever l'étranglement, sans rien tenter contre la reproduction d'un pareil accident. De plus, la crainte, parfaitement motivée à cette époque, de toucher au péri-

toine, faisait que l'on retardait le plus possible l'intervention sanglante; de là les réductions en masse des hernies, la gangrène des anses herniées et la mort rapide dans l'algidité ou par péritonite stercorale.

Quel qu'ait été le moyen employé pour réduire la hernie, on la maintenait réduite ensuite par un bandage. Mais les malades, livrés à eux-mêmes, mettaient souvent peu de soin à appliquer leur bandage, le plaçaient mal, continuaient à le porter lors même qu'il était devenu insuffisant pour contenir une hernie et devenait souvent lui-même la cause de l'étranglement, ou, ce qui arrivait assez fréquemment, les malades l'abandonnaient peu de temps après, soit parce qu'il les gênait dans leurs occupations, soit parce qu'il était douloureux. Si bien que les malades préféraient s'exposer au danger d'un nouvel étranglement, plutôt que de s'astreindre à porter leur bandage.

C'est ce motif qui a conduit plusieurs malades, dont il va être question dans ce travail, à demander l'opération de la cure radicale, tant le bandage leur était pénible.

Des tentatives nombreuses avaient été faites, déjà du temps de Celse, des médecins arabes et des Arabistes; ces opérations, non-seulement n'atteignaient par le but cherché, mais devenaient désastreuses, parce que les chirurgiens de ces époques supprimaient toujours avec le sac herniaire le cordon et par conséquent le testicule, si bien qu'un certain Horace de Norsia, au XVI^e siècle, cité par Fabrice d'Acquapendente, ne « châtrait » pas moins de 200 individus par année. Longtemps après, Paré rétrécissait le sac et son collet au moyen du point doré, mais, malgré toutes les précautions que ce chirurgien mettait à ses sutures, le testicule était souvent sacrifié; J.-L. Petit

et Garengot pelotonnaient le sac à l'ouverture du canal inguinal. Ces opérations, si meurtrières, donnaient le 50-75 % de mort, et elles furent abandonnées dans la suite, quand on inventa le bandage élastique.

Depuis la découverte de Lister, les chirurgiens possèdent une arme contre l'infection et craignent moins l'ouverture du péritoine. L'opération de la cure radicale des hernies, tombée en un tel discrédit que l'on punissait les médecins qui la pratiquaient, fut reprise de divers côtés et donna des résultats inespérés, quant à la mortalité. Quelques-uns opérèrent non-seulement les hernies étranglées après le débridement, les hernies incoercibles, mais aussi les hernies facilement et complètement réductibles, et leurs succès firent accepter une opération, qui malgré quelques oppositions, tend à passer dans la pratique courante.

Ce fut en Angleterre, patrie de Lister, que parut la première publication de cures radicales de hernies avec un résultat favorable.

Steele, dans ses *Opérations for the radical cure of hernia* dit qu'il suture l'orifice inguinal externe avec deux points suture au catgut. (Brit. med. journal, 1874.)

Nussbaum vient ensuite dans son travail: *Mittheilung über Heilung von Hernien*.

En 1876, Munich et Rosenbach avivent les bords des piliers inguinaux et les suturent.

Amundale, (Edinb. med. journal, 1877), fait la ligature du collet sans extirper le sac.

Czerny (Beiträge zur operativen Chirurgie, Stuttgart, 1876) dit que l'avivement des bords de l'orifice circonserit par les piliers du canal inguinal n'est pas nécessaire, mais il

toine, faisait que l'on retardait le plus possible l'intervention sanglante; de là les réductions en masse des hernies, la gangrène des anses herniées et la mort rapide dans l'algidité ou par péritonite stercorale.

Quel qu'ait été le moyen employé pour réduire la hernie, on la maintenait réduite ensuite par un bandage. Mais les malades, livrés à eux-mêmes, mettaient souvent peu de soin à appliquer leur bandage, le plaçaient mal, continuaient à le porter lors même qu'il était devenu insuffisant pour contenir une hernie et devenait souvent lui-même la cause de l'étranglement, ou, ce qui arrivait assez fréquemment, les malades l'abandonnaient peu de temps après, soit parce qu'il les gênait dans leurs occupations, soit parce qu'il était douloureux. Si bien que les malades préféraient s'exposer au danger d'un nouvel étranglement, plutôt que de s'astreindre à porter leur bandage.

C'est ce motif qui a conduit plusieurs malades, dont il va être question dans ce travail, à demander l'opération de la cure radicale, tant le bandage leur était pénible.

Des tentatives nombreuses avaient été faites, déjà du temps de Celse, des médecins arabes et des Arabistes : ces opérations, non-seulement n'atteignaient par le but cherché, mais devenaient désastreuses, parce que les chirurgiens de ces époques supprimaient toujours avec le sac herniaire le cordon et par conséquent le testicule, si bien qu'un certain Horace de Norsia, au XVI^e siècle, cité par Fabrice d'Acquapendente, ne « châtrait » pas moins de 200 individus par année. Longtemps après, Paré rétrécissait le sac et son collet au moyen du point doré, mais, malgré toutes les précautions que ce chirurgien mettait à ses sutures, le testicule était souvent sacrifié; J.-L. Petit

et Garengnot pelotonnaient le sac à l'ouverture du canal inguinal. Ces opérations, si meurtrières, donnaient le 50-75 % de mort, et elles furent abandonnées dans la suite, quand on inventa le bandage élastique.

Depuis la découverte de Lister, les chirurgiens possédèrent une arme contre l'infection et craignirent moins l'ouverture du péritoine. L'opération de la cure radicale des hernies, tombée en un tel discrédit que l'on punissait les médecins qui la pratiquaient, fut reprise de divers côtés et donna des résultats inespérés, quant à la mortalité. Quelques-uns opérèrent non-seulement les hernies étranglées après le débridement, les hernies incoercibles, mais aussi les hernies facilement et complètement réductibles, et leurs succès firent accepter une opération, qui malgré quelques oppositions, tend à passer dans la pratique courante.

Ce fut en Angleterre, patrie de Lister, que parut la première publication de cures radicales de hernies avec un résultat favorable.

Steele, dans ses *Operations for the radical cure of hernia* dit qu'il suture l'orifice inguinal externe avec deux points suture au catgut. (Brit. med. journal, 1874.)

Nussbaum vient ensuite dans son travail: *Mittheilung über Heilung von Hernien*.

En 1876, Munich et Rosenbach avivent les bords des piliers inguinaux et les suturent.

Annandale, (Edinb. med. journal, 1877), fait la ligature du collet sans extirper le sac.

Czerny (Beiträge zur operativen Chirurgie, Stuttgart, 1876) dit que l'avivement des bords de l'orifice circonscrit par les piliers du canal inguinal n'est pas nécessaire, mais il

les réunit par trois ou quatre sutures au catgut. En outre, il lie le collet ou le suture, en appliquant serrée contre serrée et excise le sac.

D'autres fois, au lieu d'exciser le sac, il le refoule dans le trajet herniaire en le retournant à la manière d'un doigt de gant.

Si l'intestin ou l'épiploon est adhérent au sac, il décolle ses adhérences, lave l'intestin avec une solution phéniquée à $\frac{1}{20}$, le refoule dans le trajet herniaire et suture ensuite les bords du canal inguinal.

Barker isole le sac aussi loin que possible, le lie et extirpe le sac, mais il ne juge pas nécessaire d'en enlever le fond, quand celui-ci s'étend jusqu'au fond des bourses. Il passe les 2 chefs de la ligature du collet à travers la paroi externe et la paroi interne de l'anneau inguinal profond, puis il les lie ensemble, en avant de l'aponévrose du grand oblique.

Macewen n'extirpe pas le sac, mais, après l'avoir isolé, il constitue avec lui une sorte de pelote qu'il refoule au-dessus de l'anneau inguinal profond. Il traverse ensuite ce sac pelotonné avec un fil fixé par l'une de ses extrémités au fond du sac, puis les aponévroses abdominales, à un pouce environ au-dessus de l'anneau inguinal profond. En l'attirant, on réduit le sac plissé et transformé en une sorte de pelote solide jusqu'au-dessus de l'anneau profond; on le fixe dans cette position en arrêtant le fil par un nœud sur l'aponévrose du grand oblique.

Ce procédé n'est autre que celui de J.-L. Petit, de Garengot et de Goyrand d'Aix, déjà mentionné.

Bail dissèque le sac aussi haut que possible, puis il le torse plusieurs fois sur lui-même; puis deux fils de soie antiseptique sont passés au travers de la peau, du pilier

inguinal externe, du collet du sac tordu, du pilier interne et de la peau. Fixés par une suture entortillée, ces fils maintiennent la torsion du sac et rapprochent les faces opposées du trajet inguinal. On coupe le sac au-dessous de ces fils, et on extirpe sa partie périphérique.

Schede (chir. centralblatt, 1877) excise presque toujours le sac, mais ne fait la suture des piliers que dans le $\frac{1}{3}$ des cas. Quand il y a des adhérences qui lui font craindre des hémorragies, il ne fait même pas l'occlusion du collet, mais draine le péritoine avec un tube de caoutchouc.

König (Lehrbuch der speciellen Chirurgie) se contente, au moins dans le cas d'étranglement des grosses hernies crurales ou des hernies inguinales compliquées d'adhérences, d'obtenir l'atrophie du sac herniaire par la ligature de son collet et la division du sac au-dessous de la ligature; il ne tient même pas pour absolument nécessaire de suturer l'orifice herniaire dans les cas où le sac n'est pas trop adhérent, il l'extirpe et suture ou lie son collet.

Lucas-Championnière (Cure radicale des hernies, Paris 1877) incise le sac et réduit l'intestin, puis il attire, par des tractions méthodiques, le péritoine abdominal, qui glisse facilement sur les parties sous-jacentes, il lie alors, aussi haut que cela lui est possible au-dessus du collet du sac, le péritoine et résèque toute la partie exubérante du sac. Les parties, attirées hors de l'abdomen, rentrent par leur seule élasticité, dans la cavité abdominale.

La ligature du sac se fait au catgut, comme le fait le professeur Julliard, procédé qui sera décrit plus bas.

Lucas-Championnière ne pratique jamais la suture des piliers, parce que leur substance, dit-il, ne permet pas leur accolement.

Leonte de Bucharest décrit ainsi son procédé (Congrès français de chirurgie, Paris 1888) :

« Après incision du sac et réduction de l'intestin, la face interne du sac, de même que celle de son collet se trouvent découvertes. J'incise alors circulairement la séreuse au niveau du collet, immédiatement les deux bords séreux résultant de l'incision, s'écartent l'un de l'autre, laissant à nu le tissu cellulaire sous-jacent. La séreuse du bord supérieur de l'incision a même de la tendance à se recroqueviller en dedans; je favorise ce recroquevillement en décollant et refoulant cette séreuse, soit à l'aide de l'ongle, soit avec la pince. C'est ainsi que se trouve oblitéré l'orifice supérieur du trajet herniaire. Pour compléter cette occlusion, à l'aide du calgut, je fais une suture en bourse de toute la surface dépouillée de séreuse qui résultait de l'écartement des lèvres de l'incision circulaire.

« Je n'enlève pas le sac sous-jacent, mais je racle sa face interne et l'ajuste, au fil d'argent ou de soie, les parois du sac et celle des léguments, que je comprends dans la même suture.

« Après la guérison, je déconseille le bandage.

« Ainsi: durée de l'opération moins longue, danger réduit au minimum de léser les organes du cordon; l'occlusion de l'orifice est renforcée par un véritable pilier soutenant la cicatrice. »

La plupart des chirurgiens ont pratiqué dans ces dernières années cette opération avec des succès divers, mais tous encourageants, je ne citerai que Socin, Molière, Bœkel, Segond, Kocher, Reverdin et Krönlein.

Outre le procédé par dissection du sac herniaire et oblitération de son collet par ligature ou par suture, avec ou sans excision du sac, deux autres procédés ont été publiés,

tentant aussi la cure radicale des hernies. Ces deux procédés, quoique beaucoup moins employés que celui dont nous venons de parler, ne méritent pas moins une mention spéciale dans ce travail, soit à cause des auteurs qui l'ont préconisé, soit à cause des remarquables succès qu'ils ont à leur actif. Je veux parler de la méthode des injections périherniaires et de l'oblitération du trajet herniaire par les sutures dites sous-cutanées. Ces deux procédés ne s'appliquent qu'aux hernies réductibles.

INJECTIONS PERIHERNIAIRES

Luton, de Reims, en 1875, se propose de déterminer, au niveau des orifices herniaires une irritation modérée, plastique, par la néoformation fibreuse accompagnée de rétraction graduelle des couches celluluses que traverse la hernie, de manière à supprimer le glissement du péritoine, rétrécir les trajets et les orifices. Il fait des injections aux 4 points cardinaux pour les hernies ombilicales, et au niveau de l'orifice inguinal profond et de l'orifice inguinal externe pour les hernies inguinales, d'une solution de chlorure de sodium filtrée.

Schwalbe remplace la solution de chlorure de sodium par de l'alcool à 20, 50, 70 %.

Warren et Heaton injectent une fois pour toutes quelques gouttes d'extrait sirupeux d'écorce de chêne, mélangé à de petites quantités d'alcool, d'éther et de morphine, pour rendre l'injection moins douloureuse.

Keetley emploie la décoction concentrée et fraîchement préparée d'écorce de chêne, mais ce chirurgien fait de plus une incision au niveau de l'anneau externe, par la-

quelle il introduit une sonde cannelée jusqu'au niveau de l'anneau inguinal profond, comme guide de l'aiguille d'une seringue de Pravaz. Puis, il suture l'anneau externe, au moyen de catgut embrassant aussi les piliers et les tissus adjacents.

Occlusion du trajet herniaire par la suture dite sous-cutanée.

Gerdy suture les orifices herniaires, mais en même temps il cherche surtout à les boucher mécaniquement, par l'imagination de la peau du scrotum, qu'il retient en les comprenant dans la suture.

Wützer, Rothmund, de Valette, de Sotteau l'imitent, remplaçant la peau du scrotum par d'autres instruments, tels que de l'ivoire, etc., qu'ils croient plus propres à obturer les orifices.

John Wood passe une anse de fil qui étroit au niveau de l'anneau inguinal profond le pilier interne et l'aponévrose du transverse d'une part, le pilier externe et le ligament de Poupart de l'autre, en traversant au même endroit le collet du sac herniaire, qui, lorsque cette anse de fil est serrée, se trouve compris dans la striction exercée par les fils, au niveau de l'orifice inguinal profond.

Pour conduire ses fils sur le doigt introduit dans l'anneau, Wood fait une petite incision au scrotum, qui lui permet d'arriver jusqu'à la face externe du sac.

Fitzgerald de Melbourne a apporté quelques modifications à ce procédé; il supprime l'incision du scrotum, et à l'aide d'une suture très-compiquée, analogue à celle du pelletier, il rapproche les parois opposées du trajet inguinal sur toute leur longueur, en avant du cordon, qu'il a soin de laisser libre.

Spanton, à la faveur d'une incision scrotale, libère le sac et le refoule dans l'abdomen. Puis il se sert d'un instrument en forme de tire-bouchon (strephotome) qu'il introduit par une piqûre de la peau, jusqu'au canal inguinal, et avec lequel il embroche un certain nombre de fois les piliers et le sac, en enfouissant ce tire-bouchon par un mouvement de torsion, toujours guidé par le doigt. Ce tire-bouchon est laissé en place quelques jours, jusqu'à ce que les adhérences qu'il doit provoquer paraissent suffisantes pour assurer la cure radicale.

L'opération de la cure radicale des hernies, telle que la fait maintenant M^r le Professeur Julliard, subit naturellement diverses modifications, suivant que la hernie est étranglée ou non-étranglée, qu'elle est inguinale ou d'une autre variété de hernies, qu'elle est acquise ou congénitale. Le contenu du sac y apporte aussi quelques modifications, suivant qu'il est adhérent ou non aux parois. Je vais donc décrire le manuel opératoire dans chacun de ces cas.

L'opération se fait toujours de même jusqu'à l'ouverture du sac, la région est rasée avec soin, le malade est endormi et anesthésié par l'éther, jusqu'à résolution musculaire complète. Puis on lave la région d'abord avec du savon, puis avec une solution d'acide phénique à 3 $\frac{0}{0}$; l'on incise ensuite couche par couche la tumeur jusqu'au sac, en liant les vaisseaux avec du catgut. Le sac est ouvert ensuite et l'intestin est alors à découvert.

Si la hernie est étranglée, l'on examine l'intestin pour s'assurer qu'il ne présente aucune trace de sphacèle. Après cela on cherche avec l'index l'endroit où siège l'étranglement et l'on passe entre l'intestin et le collet du sac; si cela n'est pas possible, l'on introduit entre l'intestin et le collet une large sonde cannelée (sonde en bateau) et avec un bistouri boutonné on incise sur un de

ces conducteurs l'anneau de coarctation. L'intestin est alors facilement refoulé dans la cavité abdominale.

L'on maintient ensuite l'intestin avec une éponge montée, puis l'on saisit les bords du sac herniaire avec quatre pinces, que l'on élève pour voir la cavité du sac tout entière, jusqu'à son collet; avec une aiguille courbe armée d'un fil de soie ou de catgut double, l'on traverse le sac de part en part à ce niveau et l'on coupe le fils près de l'aiguille. L'on a ainsi deux fils que l'on tire légèrement pour s'assurer que l'on tient bien chaque fil par ses deux bouts, puis l'on croise plusieurs fois un des chefs de l'un avec celui de l'autre pour les unir et on lie fortement le sac.

Le moignon est suturé aux piliers soit interne, soit externe, et le sac est extirpé dans sa totalité, toutes les fois que cela est possible, car il arrive parfois qu'il adhère si fortement aux éléments du cordon, qu'on ne peut en exciser qu'une partie, craignant de blesser ce dernier. Rarement Mr le Professeur Julliard se borne-t-il à la simple ligature du sac.

La plaie opératoire est alors soigneusement désinfectée, on place à la partie la plus déclive un drain, puis on suture la peau. On place sur la plaie un protectif, des éponges bien désinfectées qui, se moulant parfaitement sur la région, permettent de faire un pansement compressif et rigoureusement antiseptique. Par dessus on place de la mousseline, de la ouate phéniquée, des bandes de coton, puis une bande élastique.

Hernie non étranglée. Si la hernie n'est pas étranglée, l'intestin se réduit facilement dès que le sac est ouvert et le mode opératoire est le même que celui de la hernie étranglée, après que l'étranglement a été levé.

Quand la hernie est volumineuse et que l'anneau inguinal est fortement dilaté, on suture les piliers entr'eux.

Épiplocèle. Quant le sac herniaire contient une anse intestinale avec une partie d'épiploon, ou de l'épiploon seul, le mode opératoire varie suivant l'état de cet épiploon.

I. Si la hernie épiploïque est peu volumineuse, non congestionnée et libre d'adhérences avec le sac, on la refoule simplement dans la cavité abdominale.

II. Mais si la hernie épiploïque est volumineuse, hyperémiee, épaissie, adhérente au sac, la conduite de l'opérateur change. Les adhérences sont sectionnées entre deux ligatures, — la base de la hernie est divisée en trois ou quatre parties, suivant son volume, et chaque partie est fortement liée séparément, puis on l'excise à ce niveau, et souvent le moignon disparaît de lui même dans la cavité abdominale.

Quelquefois l'épiploon est adhérent au collet du sac, on ne le libère pas, et on excise le sac après l'avoir lié avec un fil de soie.

Quand la hernie est congénitale, l'on ne fait que la ligature de la vaginale au niveau de l'anneau, puis on referme la plaie comme je l'ai décrit auparavant. Cependant si la vaginale distendue pouvait être suturée de manière à créer une cavité vaginale complète, sans communication avec la cavité péritonéale, on le ferait.

M. le professeur Julliard avait proposé, il y a quelques années, au lieu de l'extirpation du sac, son oblitération en unissant ses parois opposées par un certain nombre de points de suture, disposés en capitonnage ; les premiers cas, présentés dans ce travail, ont subi cette opération, qui a donné de bons résultats. Mais dans la suite le pro-

fesseur Julliard a renoncé à ce procédé pour extirper complètement le sac toutes les fois que cela a été possible.

OBSERVATIONS.

J'ai divisé chaque variété de hernies en 3 parties suivant leur volume, en petites, moyennes et grosses.

Les petites ne dépassent pas le volume d'un œuf de poule; les moyennes sont du volume d'un œuf à celui d'un poing d'adulte; les grosses ont le volume de deux poings et au-delà.

Elles se subdivisent ainsi :

Hernies inguinales	37	68 $\frac{0}{10}$
» crurales	15	28 $\frac{0}{10}$
» ombilicales	1	
» ventrales	1	

Dans l'exposé, je n'ai pas fait une division spéciale pour les hernies étranglées, me réservant de faire plus loin une statistique spéciale pour ces cas, assez nombreux dans ce travail.

Observation I.

M., Louise, âgée de 36 ans, concierge, née en 1844, entrée à l'hôpital le 2 Décembre 1880.

Il y a 15 ans, en se mouchant, elle se fait une hernie, inguinale droite, du volume d'une noix. Il y a 6 ans pour la première fois à la suite d'une indigestion, la hernie

grossit, devient douloureuse et donne des signes d'étranglement. Elle porte alors un bandage pendant 2 ans, ce qu'elle n'avait jamais fait antérieurement. Ce matin à 8 heures à la suite d'un effort, la hernie grossit tout-à-coup, devient douloureuse et la malade est prise d'angoisse et de vomissements.

A son entrée le 2 Décembre à 11 $\frac{1}{2}$ h. du soir, on constate au-dessus du ligament de Poupart à l'endroit correspondant à l'anneau inguinal externe droit, une tumeur, grosse comme un œuf, arrondie, à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans; elle est élastique, molle, douloureuse à la pression, mate à la percussion. Une tentative de réduction échoue complètement. Vomissements abondants, mais non fécaloïdes.

Injection sous-cutanée de 0,04 gr. de morphine, petits morceaux de glace à l'intérieur.

Le lendemain matin elle dit qu'elle a eu encore quelques vomissements dans la nuit; mais la douleur a été calmée par l'injection de morphine.

Opération. Ethérisation, 100 cm₃ pour la narcose, 160 cm₃ pour l'opération. On trouve un sac herniaire à parois épaissies, contenant un peu de liquide séreux rougeâtre. La paroi interne du sac présente une surface lisse, de petites ecchymoses et quelques taches pigmentaires; la paroi elle-même consiste en un tissu dense fibreux, blanchâtre. Le sac contient une petite anse intestinale, longue de 5-6 cm, de coloration rouge-brunâtre, sans trace de sphacèle; c'est de l'intestin grêle; au-dessous et un peu en dehors de l'anse se trouve un petit paquet d'épiploon, de la grosseur d'une noix, un peu hypérémié, mais non sphacélé, ni œdématié.



L'étranglement siège au niveau de l'anneau inguinal externe, il ne permet pas l'introduction du doigt. On introduit une sonde cannelée entre l'intestin et le pilier interne de l'anneau et l'on sectionne ce dernier sur une longueur d'environ 1 cm; on parvient alors à réduire l'anse intestinale et l'on voit dans le fond l'anneau inguinal interne et tout le trajet inguinal très-nettement. Quant à l'épiploon, il adhère au collet du sac, il est lié avec deux catguts et sectionné. Le sac est extirpé et le collet est suturé avec 4 catguts fins. Les sutures portent aussi en partie sur l'anneau inguinal. L'épiploon a été sectionné juste au niveau de la section du sac. Un faisceau de catgut est mis dans la plaie à la place de drain. Réunion des bords de la plaie avec huit serre-fines. Pansement de Lister.

La malade a eu plusieurs vomissements fécaloïdes pendant l'opération.

3 pansements suffisent et 40 jours après l'opération, la malade a un appétit excellent.

Revue 8 ans après, en Novembre 1888. La hernie ne s'est pas reproduite; la malade a porté un bandage pendant 7 ans, puis l'a abandonné sans inconvénients.

Observation 2.

Ub., Alexandre, âgé de 15 ans, entré à l'hôpital le 3 Mars 1882.

Le malade est porteur d'une hernie inguinale gauche congénitale. Pendant quelques années, il porte un bandage, mais depuis l'année dernière il l'a abandonné et la hernie n'est plus maintenant réduite. Elle n'a pas causé jusqu'ici d'accidents d'étranglement. Il pouvait la réduire facilement.

Le 3 Mars 1882, en soulevant une malle, il sent une douleur au niveau de la hernie et il ne peut la réduire. Un médecin appelé fait pendant $\frac{1}{2}$ heure des essais de taxis, mais sans succès.

Il est amené à l'hôpital dans la soirée, où on lui donne un bain tiède et où l'on fait un nouvel essai de taxis, mais sans insister, puis on lui donne 0,50 gr. de calomel. Dans la nuit plusieurs vomissements. Pas de selle depuis 36 heures.

Status. Le côté gauche des bourses est occupé par une tumeur, grosse comme un œuf d'oie, tendue, mate, douloureuse à la pression. Elle remonte en haut dans le trajet inguinal et descend jusqu'au testicule, que l'on peut parfaitement délimiter.

Opération. Éthérisation, 125 cm₃ pour la narcose, 130 cm₃ pour toute la durée de l'opération.

Le malade étant éthérisé, on essaie vainement le taxis. Le sac ne contient presque pas de liquide; dès qu'il est incisé, on voit sortir une masse épiploïque, fortement injectée, presque noire. Au-dessous de l'épiploon, on trouve une petite anse d'intestin grêle d'un rouge foncé, ne présentant pas de sphacèle. — Pas trace de péritonite herniaire. L'anneau est excessivement étroit et l'on a beaucoup de peine à l'inciser. L'anse étant réduite, on suture l'épiploon au collet du sac, une partie de ce dernier est excisée. Suture de la peau, pansement phéniqué.

Durée de l'opération 45 minutes.

Le malade s'est réveillé au bout d'une heure, il n'a eu ni vomissements ni nausées dans la journée. Pas de selle. Quelques douleurs dans le côté gauche du ventre.

7 pansements ont suffi pour obtenir la cicatrisation de la place opératoire, et 38 jours après l'opération, le malade sortait de l'hôpital.

Revu le malade 6 $\frac{1}{2}$ ans après, la hernie ne s'est pas reproduite ; un bandage n'est porté que très-rarement.

Observation 3.

Guiol, Xavier, portefaix, âgé de 40 ans, entré à l'hôpital le 21 Septembre 1882.

Hernie inguinale droite depuis son enfance ; elle devient bientôt incoercible. Le malade est alcoolique.

Opération. Ethérisation, 165 cm₃ pour la narcose, 250 cm₃ pour l'opération. Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine 2 heures auparavant.

Incision du sac ; le contenu est le gros intestin avec l'appendice vermiforme. Réduction facile. Suture du sac avec les piliers et du sac séreuse contre séreuse ; excision d'une partie du sac. Quelques vaisseaux du cordon sont coupés.

Un drain. Pansement antiseptique et compressif.

Agitation. Le malade défait son pansement plusieurs fois.

Delirium tremens.

Toute la partie droite du scrotum et de l'abdomen est gonflée et ecchymotique. Suppuration ; sphacèle du tissu cellulaire sous-cutané. Le pansement est changé tous les deux jours.

Plusieurs pansements. Guérison par granulations en 44 jours.

Résultat. Revu 6 ans après. La hernie s'est reproduite peu de temps après l'opération. Le malade porte toujours un bandage.

Observation 4.

C., Marc, âgé de 52 ans, menuisier, entré à l'hôpital cantonal le 5 Avril 1882.

Depuis 15 ans le malade porte dans la région inguinale droite une tumeur, venue à la suite d'un effort, et qui a augmenté petit à petit jusqu'au volume d'un œuf de poule. Cette hernie augmente par les efforts de la toux, elle est facilement réductible et sonore à la percussion.

Opération. Ethérisation, 125 cm₃ pour la narcose, 250 pour l'opération. Dissociation du sac des éléments du cordon au moyens des doigts. Suture au catgut du collet séreuse contre séreuse; excision du sac. Un drain, suture de la peau au catgut.

Six pansements phéniqués. Treize jours suffisent pour amener la cicatrisation.

Résultat. Un mois après la hernie s'est reproduite; le malade ne portait pas de bandage.

Observation 5.

Pier., Frédéric, ouvrier, âgé de 31 ans, entré à l'hôpital le 23 Octobre 1880.

Hernie inguinale droite depuis 5 ans. Le bandage était d'abord suffisant pour la maintenir réduite, mais depuis 3 mois elle est devenue incoercible.

Opération. Ethérisation, 100 cm₃ pour la narcose, 150 cm₃ pour l'opération. Injection sous-cutanée de 0,01 gr. de chlorhydrate de morphine.

Réduction de la hernie; ligature du sac et son excision, suture des piliers de l'anneau inguinal au catgut, un drain, suture de la peau. Pansement de Lister.

Quatre pansements. Guérison par 1^{re} intention en 6 jours.

Résultat. Revu 8 ans après. La hernie s'est reproduite 3 mois après l'opération; le malade a toujours porté un bandage; la hernie n'est plus incoercible, le bandage la maintient très-bien.

Observation 6.

Vid., Philippe, cultivateur, âgé de 25 ans, entré à l'hôpital le 8 Octobre 1887.

Hernie inguinale droite depuis 4 ans; le malade porte un bandage pendant quelque temps, puis l'abandonne. Elle s'étrangle le 6 Octobre 1887.

Opération. Ethérisation, 60 cm₃ pour la narcose, 150 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac. Il contient une anse intestinale et de l'épiploon. Réduction de l'intestin. Ligature de l'épiploon et excision, suture du collet, ligature du sac et excision, suture des piliers. Un drain, suture de la peau. Pansement.

5 pansements. Guérison en 14 jours.

Résultat. Revu 1 an après. La hernie ne s'est pas reproduite. Le malade ne porte pas de bandage.

Observation 7.

Morm., André, agriculteur, âgé de 43 ans, entré à l'hôpital le 6 Février 1888.

Hernie inguinale droite depuis 10 ans, réductible, mais incoercible.

Hernie inguinale gauche depuis 1 $\frac{1}{2}$ an, réductible, mais incoercible.

Opération. Ethérisation, 75 cm₃ pour la narcose, 175 cm₃ pour l'opération.

Côté droit : incision du sac très-adhérent aux éléments du cordon, ligature du sac et son excision, suture du collet, suture des piliers; pas de drain, suture de la peau.

A gauche: hernie congénitale. Ligature du sac sans extirpation. Le reste comme à droite.

6 pansements. Guérison en 20 jours.

Résultat. Revu 9 mois après. A droite la hernie s'est reproduite 3 mois après l'opération; à gauche la hernie ne s'est pas reproduite; le malade ne porte pas de bandage.

Le malade a remarqué que s'il réduit la hernie droite et la maintient réduite, l'intestin presse contre la cicatrice gauche et menace de ressortir.

Observation 8.

Saug., David, berger, âgé de 47 ans, entré en chirurgie le 6 Octobre 1888.

Hernie inguinale droite depuis plusieurs années. Le malade était soigné dans le service de médecine comme tuberculeux; un jour il ressent dans son lit de vives douleurs dans la région inguinale droite et vomit. On constate alors une hernie étranglée.

Opération. Ethérisation 50 cm₃ pour la narcose, 90 cm₃ pour l'opération. Ouverture du sac, débridement de l'anneau, réduction de l'intestin, ligature du sac et son excision, suture du collet, un drain, suture de la peau. Pansement.

4 pansements. Guérison en 12 jours.

Résultat. Le malade meurt 1¹/₂ mois après l'opération. La hernie ne s'était pas reproduite; il portait un bandage.

Autopsie. Tuberculose pulmonaire et rénale. Dans la région inguinale, cicatrice mobile, sans adhérences.

Observation 9.

Gen., Jules, imprimeur, âgé de 24 ans, entré le 15 Août 1888 à l'hôpital.

Hernie inguinale droite depuis 19 ans; elle apparaît après une chute. Un bandage pendant longtemps la maintient bien. Le 15 Août, pendant un accès de toux, elle s'étrangle.

Opération. Ethérisation, injection sous-cutanée de gr. 0,005 de chlorhydrate de morphine.

Ouverture du sac; il contient de l'épiploon et une anse d'intestin grêle très-distendue par des gaz. Débridement de l'anneau; réduction de l'intestin, résection de l'épiploon hernié après ligatures, suture du collet, un drain, suture de la peau. Pansement.

4 pansements. Guérison par première intention en 18 jours.

Résultat. Revu 2 mois après. La hernie ne s'est pas reproduite, le malade porte toujours un bandage.

Observation 10.

Bor., Jean-Antoine, fumiste, âgé de 25 ans, entré à l'hôpital le 3 Août 1888.

Hernie inguinale droite congénitale; elle s'étrangle le 2 Août 1888. Taxis sans succès. Vessie de glace. Bain.

Opération. Ethérisation, 100 cm₃ pour la narcose, 150 cm₃ pour l'opération.

Incision de la peau, ouverture du sac. On constate que le canal péritonéo-vaginal persiste, le contenu du sac est une anse intestinale avec de l'épiploon. Débridement de l'anneau, résection de l'intestin.

Ligature et résection de l'épiploon hernié, suture au catgut de l'orifice inguinal externe, résection d'une partie de la tunique vaginale, suture de celle-ci avec la peau.

Un drain. Pansement antiseptique: Protective, gaze au sublimé, éponges, ouate, papier parcheminé, bande élastique.

4 Pansements. Guérison en 9 jours par première intention.

Résultat. Revu 4 mois après. La hernie ne s'est pas reproduite, le malade porte toujours un bandage.

HERNIES INGUINALES DU VOLUME D'UN POING

Observation II.

V., Charles, âgé de 41 ans, né en 1838; entré à l'hôpital, le 29 Juin 1879.

Diagnostic. Hernie inguinale gauche, douloureuse, non étranglée. Quantité d'éther pour obtenir la narcose 80 cm₃, et pour l'opération entière 230 cm₃.

Il y a 3 ans, en voulant soulever un fardeau, le malade se fit à gauche une petite hernie qui ne causa jamais d'accident et ne fut jamais le siège de douleurs. Il y a trois semaines, la hernie avait le même volume qu'il y a trois ans; à la suite d'un faux pas, elle augmenta subitement de volume. Depuis ce temps, il eut de temps en temps de la diarrhée et il perdit l'appétit. La hernie devint le siège de douleurs s'irradiant le long du cordon. Un bandagiste lui donna un bandage, mais il ne put le porter longtemps à cause des douleurs. Il n'a jamais eu de symptômes d'étranglement.

Actuellement la hernie est grosse comme le poing, non douloureuse à la pression, réductible, mais difficile à main-

tenir réduite, à cause de la largeur de l'anneau, dans lequel on peut introduire trois doigts. Son tympanique élevé à la percussion. Le malade a un peu de diarrhée, l'état général est du reste bon.

Le malade demande instamment une opération, à cause des douleurs qu'il éprouve dans la marche. Il ne peut travailler, prétend avoir perdu l'appétit et avoir beaucoup maigri, depuis qu'il est porteur d'une hernie.

Opération. Une incision de 15 cm. de longueur est faite au niveau de la hernie, suivant à peu près la direction du cordon et allant depuis la partie moyenne du scrotum jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus et en dehors de l'anneau inguinal externe. La veine et l'artère tégu-menteuses abdominales sont doublement liées, puis sectionnées. Quelques autres petits vaisseaux sont aussi liés avec le catgut.

Après avoir incisé le fascia qui, au niveau de l'anneau, présente une assez grande épaisseur de tissu adipeux, on arrive sur le sac herniaire. On l'incise, il est très-épaissi, et il s'échappe une assez grande quantité de liquide citrin, clair, provenant certainement de la cavité péritonéale. On passe un fil double de catgut autour du collet du sac et on lie fortement. Au moment de la ligature, le malade, incomplètement anesthésié donne des signes de douleur. On s'aperçoit alors que le cordon a été lié avec le collet du sac; ce dernier adhère intimement sur une grande étendue aux éléments du cordon. On parvient avec assez de peine à les séparer. Le sac isolé est lié au niveau du collet avec un double fil de catgut, puis on enlève la portion du sac au-dessous de la ligature. On trouve alors que le sac était surtout très-épaissi au niveau du collet; la face interne est inégale, comme gaufrée et grisâtre.

Cela fait, on met à nu les 2 piliers de l'anneau inguinal, puis on place à l'angle externe 4 sutures de catgut qui réduisent les dimensions de l'anneau, au point d'admettre à peine le petit doigt. Au-dessus du pilier interne, on fait dans l'aponévrose du grand oblique 3 petites incisions ayant pour effet de diminuer la tension au niveau des sutures: une incision est faite également au dessous du pilier externe dans le même but, 3 drains sont placés dans la plaie, sortant l'un à l'angle supérieur, l'autre un peu plus bas et le troisième à la partie inférieure de la plaie.

Suture de la plaie cutanée au catgut, pansement de Lister. L'opération a duré 1 heure et a été faite avec toutes les précautions antiseptiques. Le spray est toujours employé.

49 jours après l'opération pendant lesquels le malade s'est toujours bien porté, et 10 pansements, la plaie est cicatrisée et non douloureuse, et le malade quitte le service de chirurgie.

Onze mois après, le malade meurt d'hémorragie méningée, il était en outre alcoolique. A ce moment la hernie ne s'était pas du tout reproduite, il portait toujours un bandage.

Observation 12.

W., Maurice, cultivateur, âgé de 46 ans, entré le 9 Décembre 1880.

Porteur d'une hernie depuis 14 ans, de la grosseur d'une orange, régulière, élastique, mate et réductible. Entéro-épiplocèle.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 420 cm₃ pour l'opération. Ligature du sac et son excision;

suture du sac à la peau par un catgut, 1 drain; pansement de Lister avec une éponge.

4 pansements. 31 jours pour obtenir la guérison complète.

Résultat. Revu 8 ans après, on remarque au-dessus de l'incision une pointe de hernie, suite d'une lutte un an après l'opération. Le malade, qui ne portait pas de bandage auparavant, en porte un depuis cette lutte.

Observation 13.

Sp., Edmond, charpentier, âgé de 42 ans, entré à l'hôpital, le 24 Janvier 1881.

Depuis 5 ans, se fait dans un effort une hernie qui augmente peu à peu, le malade ne portant pas de bandage; hernie du volume d'un poing descendant dans le scrotum, très-facilement réductible, non douloureuse. — Anneau inguinal externe très-grand. — Sonorité à la percussion. — Hernie inguinale droite non étranglée.

Opération. Ethérisation, 125 cm₃ pour la narcose, 250 cm₃ pour l'opération. Ligature du sac et son excision. Le collet du sac est suturé avec 4 catguts aux piliers de l'anneau inguinal. Un drain. Réunion par onze serre-fines et un catgut. Pansement antiseptique: protective, mousseline phéniquée, papier parcheminé.

10 pansements. 15 jours de maladie.

Résultat. Reproduction de la hernie 3 mois après. Revu en 1888. La hernie n'a pas augmenté de volume.

Observation 14.

Mich., Louis, joaillier, âgé de 48 ans, entré à l'hôpital le 26 Janvier 1881.

La hernie, datant de 25 ans, n'a jamais donné lieu à des accidents d'étranglement, mais depuis 6 mois elle le gêne beaucoup dans son travail. Il demande l'opération.

Hernie inguinale droite du volume du poing, sonore à la percussion, facilement réductible, mais difficile à maintenir réduite.

Opération. A 7 heures 45 m. injection sous-cutanée de 0,015 gr. de chlorhydrate de morphine.

A 9 h. 45 m. éthérisation, 160 cm₃ pour la narcose, 270 cm₃ pour l'opération.

Ligature du sac et son excision. Suture du sac au pilier interne seulement, parce que le pilier externe est très-peu développé et très-relâché. — Un drain. — Suture de la peau au catgut. Pansement antiseptique avec éponges compressives.

8 pansements. Guérison par granulations en 32 jours.

Résultat. Revue 7 $\frac{1}{2}$ ans après, récurrence 7 mois après l'opération. Le malade a porté un bandage pendant 7 mois, puis l'a quitté pour ne plus le porter.

Observation 15.

L., Pierre, horticulteur, âgé de 68 ans, entré à l'hôpital le 10 Janvier 1882.

Depuis 25 ans, le malade est porteur d'une hernie inguinale gauche, entéro-épiplocèle.

Opération. Gr. 0,015 de morphine. Ethérisation, 150 cm₃ pour l'opération.

Ligature du sac et son excision; suture du collet à la peau. Drain, suture de la peau, pansement antiseptique et compressif.

6 pansements, guérison par première intention en 21 jours.

Résultat. Revu 7 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite; le malade n'a jamais porté de bandage.

Observation 16.

B., Anthelme, voiturier, âgé de 36 ans, entré à l'hôpital le 31 Janvier 1882.

Hernie inguinale droite douloureuse à la pression, mais réductible, sonore à la percussion. Le malade en était porteur depuis 30 ans.

Opération. Injection de 0,015 gr. de morphine. Ethérisation, 150 cm₃ pour la narcose, 300 pour l'opération.

Suture du collet, suture des parois du sac l'une contre l'autre, un drain, suture de la peau.

Section et ligature d'une partie du cordon.

Pansement antiseptique et compressif.

10 pansements. Guérison par première intention en 18 jours.

Résultat. Revu 7 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite, le malade n'a jamais porté de bandage.

Observation 17.

Olt., J.-L. Marc, horloger, âgé de 79 ans, entré à l'hôpital le 5 Juillet 1882.

Hernie inguinale droite facilement réductible depuis plusieurs années. Le 3 Juillet, symptômes d'étranglement. Tumeur élastique, irréductible dans le scrotum, se continuant dans la cavité abdominale. Sonorité peu marquée. Bain. Taxis inutile.

Opération. Ethérisation, 100 cm₃ pour l'opération.

Débridement de l'anneau au bistouri boutonné. Sutures du sac au catgut, excision d'une partie de ses parois, sutures séreuse contre séreuse. 1 drain, suture de la peau.

4 pansements. Guérison par première intention en 9 jours.

Résultat. Mort quelques années après (4 ans). La hernie ne s'était pas reproduite; le malade avait toujours porté un bandage.

Observation 18.

Léop., Emile, mécanicien, âgé de 21 ans, entré à l'hôpital le 19 Décembre 1882.

Hernie dans la région inguinale gauche, congénitale, le bandage devient douloureux et il l'abandonne. Le 3 Décembre 1882, symptômes d'étranglement; le 4, réduction de la hernie. Mais comme il ne peut supporter son nouveau bandage, il demande l'opération.

Opération. Ethérisation, 120 cm₃ pour la narcose, 230 cm₃ pour l'opération.

Épiplocèle; l'épiploon est divisé en deux parties et lié séparément, puis excisé; le moignon est adhérent à l'orifice externe du canal inguinal. Suture du sac dans toute sa longueur en appliquant séreuse contre séreuse. Pas de drain. Pansement antiseptique avec éponges et une bande élastique.

3 pansements. Guérison par première intention en 12 jours.

Résultat. Revu 6 ans après: La hernie ne s'est pas reproduite, le malade porte toujours un bandage, excepté la nuit.

Observation 19.

R., Jean, menuisier, âgé de 45 ans, entré à l'hôpital le 1 Septembre 1885.

Hernie épiploïque droite, datant de 4 ans, formant une tumeur en bissac; elle s'étend du scrotum jusqu'à l'anneau inguinal interne. Jamais de symptômes d'étranglement.

Opération. Ethérisation, 60 cm₃ pour la narcose, 175 cm₃ pour l'opération.

L'épiploon est divisé en deux parties et lié, puis excisé, le moignon est réduit. Pansement antiseptique, gaze au sublimé.

2 pansements. Guérison par première intention en 9 jours.

Résultat. Revu 3 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite. Le malade porte toujours un bandage.

Observation 20.

J., Eugène, tailleur de pierre, âgé de 24 ans, entré à l'hôpital le 4 Janvier 1886.

Epiplocèle gauche, congénitale, irréductible avec adhérence au fond du sac.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 175 cm₃ pour l'opération.

Division de l'épiploon et ligature de chaque partie séparément au niveau de l'orifice inguinal externe, excision de l'épiploon, pesant 110 gr.; grand nombre de sutures au point où l'épiploon était adhérent; sutures du sac (6 points), un drain, suture de la peau; pansement, éponges, gaze au sublimé, bande élastique.

6 pansements. Guérison par deuxième intention en 24 jours.

Résultat. Revu 2 ans et 10 mois après. La hernie ne s'est pas reproduite; le malade ne porte pas de bandage.

Observation 21.

Jm., B., Pierre, agriculteur, âgé de 44 ans, entré le 11 Septembre 1885.

Hernie inguinale droite incoercible, depuis 4 ans. Tumeur souple, facilement et entièrement réductible.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 130 cm₃ pour l'opération.

Ligature du sac et son excision, un drain, suture de la peau; pansement antiseptique, protective, éponges, gaze au sublimé, coton phéniqué, gutta percha, bandes de mousse-line et une bande élastique.

2 pansements. Guérison par première intention en 9 jours.

Résultat. Revu 3 ans après. Le malade porte toujours un bandage; la hernie s'est reproduite un an après, à la suite d'une grande fatigue.

Observation 22.

B. Catherine, campagnarde, âgée de 40 ans, entrée à l'hôpital, le 26 Septembre 1887.

Hernie droite inguinale incoercible; datant de 15 ans. Dans la région inguinale droite se trouve une tumeur du volume d'un poing, molle, élastique, fluctuante, réductible.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 145 cm₃ pour l'opération.

Ligature du sac et son excision, suture du collet avec les piliers, 2 drains dans la partie supérieure des grandes lèvres, suture de la peau. Pansement antiseptique et compressif.

4 pansements. Guérison par première intention en 14 jours.

Résultat. Revue 14 mois après. La hernie ne s'est pas reproduite, la malade porte toujours un bandage, excepté la nuit.

Observation 23.

B., Antoine, monteur de boîtes, âgé de 34 ans, entré à l'hôpital, le 14 Septembre 1887.

Depuis 17 ans, le malade est porteur d'une hernie droite, maintenue pendant quelques années à l'aide d'un bandage, depuis elle est devenue incoercible, mais est réductible et expansible. Entéro-épiplocèle.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 205 cm₃ pour l'opération.

Résection d'une partie d'épiploon, réduction du moignon et d'une anse intestinale dans l'abdomen; résection d'une partie du sac et d'une lipome qui se trouvait à côté; suture du sac par 5 points de suture, un drain, suture de la peau. Pansement: Iodoforme dans la plaie, protective, éponges, mousseline, bande élastique.

6 pansements. Guérison en 44 jours par granulation, le malade ayant défait son pansement.

Résultat. Mort de paralysie générale 5 mois après; la hernie ne s'est pas reproduite; il portait toujours un bandage.

Observation 24.

Gr., Louis, jardinier, âgé de 66 ans, entré à l'hôpital le 18 Août 1887.

Hernie inguinale gauche depuis 27 ans. Il porte un bandage jusqu'au mois d'Août 1887, époque où pendant des accès de toux, sa hernie s'étrangle. Pouls filiforme, vomissements.

Opération. Ethérisation, 30 cm₃ pour la narcose, 70 cm₃ pour l'opération.

Taxis sans résultat. Incision du sac, débridement, réduction d'une anse d'intestin grêle, ligature du sac et son excision, suture du collet, un drain, suture de la peau. Pansement: Eponges, gaze au sublimé, coton phéniqué, bande élastique.

5 pansements. Guérison en 23 jours.

Résultat. Mort 4 mois après d'une maladie de cœur. La hernie ne s'est pas reproduite; le malade portait toujours un bandage.

Observation 25.

Bl., Joseph, garçon de café, âgé de 25 ans, entré à l'hôpital, le 21 Octobre 1887.

Voulant soulever un tonneau, il ressent tout à coup une vive douleur dans l'aîne gauche, puis il remarque une tumeur qui descend jusque dans les bourses; elle est très-douloureuse; il vomit.

Tentative de taxis sans résultat. Il est envoyé à l'hôpital.

Anesthésie, puis réduction de la hernie.

Les accidents ne cessent pas, le malade vomit de nouveau. On diagnostique une hernie réduite en masse avec persistance de l'étranglement.

Opération. Éthérisation, 75 cm₃ pour la narcose, 175 cm₃ pour toute la durée de l'opération.

Incision du sac, débridement, réduction de l'intestin, résection de l'épiploon hernié, excision d'une partie du sac, quelques veines du cordon sont sectionnées; suture du collet, deux drains, suture de la peau, pansement de Lister.

Six jours après on enlève le drain et les sutures; par l'orifice du drain, s'écoulent des matières fécaloïdes, les bords de la plaie sont gonflés, rouges. Douleurs à la pression dans la région opératoire. Quelques vomissements bilieux. Mort.

Autopsie. Intestin dépoli, adhérent, distendu par les gaz. Une anse intestinale adhère à la plaie opératoire. La cavité du sac est transformée en un vaste abcès stercoral

dans lequel viennent s'ouvrir les extrémités de l'anse intestinale gangrenée. L'intestin est sphacélé complètement sur une étendue de 10 centimètres.

Observation 26.

Allmund, Alexandre, cultivateur, âgé de 26 ans, entré à l'hôpital le 1 Février 1888.

Hernie inguinale droite incoercible, depuis 24 ans. Jamais d'étranglement. Le bandage est douloureux et le gêne beaucoup. Tumeur molle, élastique, réductible, expansible.

6 Février. **Opération.** Ethérisation, 40 cm₃ pour la narcose, 195 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac, réduction de l'intestin, résection d'un bout d'épiploon, ligature du sac et son excision, un drain, pansement antiseptique et compressif.

Le soir de l'opération, état général mauvais, pouls rapide, agitation, inquiétude, douleurs s'étendant du champ opératoire à l'hypocondre, ventre un peu ballonné. Température 39,3 °.

Nuit mauvaise. Insomnie, agitation; facies pâle, lèvres sèches, fuligineuses, langue chargée, sèche; pas d'appétit, pas de vomissements.

9 Février. On constate que le côté droit de l'abdomen est le siège d'une tuméfaction diffuse qui s'étend jusqu'à la base du thorax. Très-douloureux à la pression.

La plaie est réunie par première intention sur toute la ligne; les lèvres ne sont ni rouges, ni tuméfiées. On enlève les fils, on laisse le drain.

Au dessus de la plaie, dans la fosse iliaque et sur le flanc droit, la peau présente une teinte rouge-brunâtre.

Délire intermittent. Le corps est couvert d'une sueur visqueuse, les extrémités sont froides et cyanosées. Facies terne, abattu. Respiration embarrassée.

Coma. — Mort.

Autopsie. Ventre légèrement ballonné, scrotum fortement tuméfié. Dans l'aîne droite, se trouve une incision de date récente, d'un aspect très-bon; il y a un écartement de 0,005 m. entre les lèvres de la plaie à la partie supérieure; la réunion est complète en bas.

Ecchymoses à la base du pounon gauche.

Rate légèrement agrandie.

En détachant les lèvres de la plaie, on voit au fond un tissu brunâtre contenant beaucoup d'iodoforme. Autour de la plaie, dans le tissu conjonctif sous-cutané se trouvent des ecchymoses nombreuses, mêlées à un liquide brunâtre, légèrement purulent.

Plus haut se trouve une infiltration purulente, correspondant au foyer d'hyperémie de la peau. Cette infiltration se continue en arrière et en haut jusqu'au rebord costal.

La peau du scrotum est aussi infiltrée de pus, il y a de l'œdème purulent jusque dans le fourreau de la verge.

Dans la plaie, quelques catguts, ayant servi pour des ligatures, se trouvent encore en place, et n'ont donné aucune réaction inflammatoire.

Au fond de la plaie au contraire, au niveau de l'anneau inguinal externe, où se trouve le collet du sac lié et suturé aux piliers, les catguts sont entourés d'une infiltration purulente bien localisée, Le pus est jaunâtre avec des stries rougâtres.

Septicémie.

HERNIES INGUINALES

ATTEIGNANT LE VOLUME DE DEUX POINGS.

Observation 27.

B., François, constructeur-mécanicien, âgé de 28 ans, entré à l'hôpital le 19 Octobre 1880.

Hernie inguinale droite congénitale étranglée. Le 19 Octobre, la hernie s'étrangle pendant des efforts de vomissements.

Opération. Ethérisation, 90 cm₃ pour la narcose, 200 cm³ pour l'opération.

Débridement du collet; ligature de l'épiploon et excision; suture au catgut de la plaie de la tunique vaginale (sac herniaire), 2 drains; suture de la plaie au catgut. Pansement de Lister.

4 pansements. Guérison par première intention dans 8 jours.

Résultat. Revu 8 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite. Le malade ne porte pas de bandage.

Observation 28.

Gr., Pet. Jos., cultivateur, âgé de 42 ans, entré le 9 Décembre 1880.

Hernie inguinale droite depuis 20 ans.

Opération. Ethérisation, 100 cm₃ pour la narcose, 170 cm₃ pour l'opération.

Ligature du sac et son excision, le collet est adhérent au canal inguinal. Lavage phéniqué, un drain, suture de

la peau au catgut. Pansement: Eponges, mousseline, bandes de tarlatane.

5 pansements. Guérison par première intention en 18 jours.

Résultat. Revu 8 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite; le malade a porté un bandage pendant un an; depuis il n'en porte plus.

Observation 29.

W., Joseph, cultivateur, âgé de 47 ans, entré à l'hôpital le 9 Décembre 1880.

Hernie inguinale droite depuis 15 ou 20 ans, molle, souple, élastique, facilement réductible.

Opération. Éthérisation, 60 cm₃ pour la narcose, 200 cm₃ pour l'opération.

Ligature de l'épiploon au catgut, 6 ligatures transversalement, excision du paquet épiploïque (300 gr.), réduction du moignon dans la cavité abdominale. Deux ligatures à la base du sac herniaire, puis son excision. Le moignon du sac est fixé par 3 sutures au catgut allant d'un pilier à l'autre; 1 drain, suture de la peau. Pansement de Lister.

20 pansements. Guérison par granulations en 35 jours.

Résultat. Revu 8 ans après; la hernie ne s'est pas reproduite, le malade n'a jamais porté de bandage.

Observation 30.

Pat., Auguste, tapissier, âgé de 27 ans, entré à l'hôpital le 16 Juin 1882.

Depuis 6 ou 7 ans, le malade dit être porteur d'une hernie inguinale droite. La hernie s'étrangle le 15 Juin, et

après plusieurs essais de taxis, le malade est transporté à l'hôpital.

Opération. Injection sous-cutanée de 0,015 de chlorhydrate de morphine, éthérisation à 40 heures du soir, 150 cm₃.

Débridement. La hernie est congénitale; réduction d'une anse intestinale; suture des piliers au catgut, excision partielle du sac, sutures au catgut; un drain, suture de la peau. Pansement antiseptique avec éponges et bande élastique compressive.

9 pansements. Guérison par granulations en 28 jours.

Résultat. Revu 6 $\frac{1}{2}$ ans après; le malade n'a jamais porté de bandage, on remarque dans la région inguinale droite une pointe de hernie.

Observation 31.

Ch., Chrétien, âgé de 57 ans, entré à l'hôpital le 9 Septembre 1882.

Hernie inguinale droite, datant de 10 ans, formant dans le scrotum une tumeur souple, fluctuante, entièrement réductible dans la cavité abdominale. L'anneau inguinal admet les extrémités de 3 doigts.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 150 cm₃ pour l'opération.

Ligature du collet du sac au niveau des piliers, suture du sac séreuse contre séreuse, un drain, suture de la peau. Pansement de Lister.

7 pansements. Guérison par granulations en 32 jours.

Résultat. Revu 6 ans après. La hernie s'est reproduite, elle forme au-devant du canal inguinal une tumeur grosse comme un œuf de poule; elle est facilement réductible et ne descend pas jusque dans le scrotum. Le malade portait de temps en temps un bandage.

Observation 32.

Hen., Charles, typographe, âgé de 44 ans, entré à l'hôpital le 26 Avril 1884.

Hernie inguinale droite depuis 30 ans. A 24 ans, elle s'étrangla, et il subit l'opération de herniotomie, dont il fallut 3 mois pour se guérir; depuis ce temps la hernie augmenta progressivement et elle acquiert aujourd'hui un grand volume.

La hernie est incoercible, mais réductible.

Opération. Ethérisation, 35 cm₃ pour la narcose, 240 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac, réduction de l'intestin, ligature du sac et son excision, suture du collet, un drain, suture de la peau. Pansement.

4 pansements. Guérison en 31 jours.

On remarque à ce moment une pointe de hernie dans la région inguinale droite.

Six mois après, le malade se présente de nouveau à l'hôpital; malgré le bandage, la hernie s'est de nouveau reproduite.

Nouvelle opération. Ethérisation pénible.

Incision fusiforme enlevant tous les tissus cicatriciels des deux opérations précédentes, ouverture du sac; on

extirpe le sac avec le cordon auquel il est fortement adhérent, ligature du collet; un drain, suture de la plaie au catgut. Pansement: Eponges, gaze au sublimé et bande élastique.

8 pansements. Guérison en 55 jours.

Résultat. Deux ans après, le malade se présentait pour la troisième fois à l'hôpital avec une hernie inguinale droite.

Observation 33.

Bér., Maurice, campagnard, âgé de 16 ans, entré à l'hôpital le 5 Février 1884.

Hernie inguinale gauche depuis 15 ans; malgré le bandage, elle sort toujours. Elle est facilement réductible. L'anneau inguinal présente les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent.

Opération. Ethérisation, 40 cm₃ pour la narcose, 75 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac, réduction de l'intestin, ligature du collet. Suture du sac, un drain, suture de la peau au catgut. Pansement antiseptique et compressif.

6 pansements. Guérison par granulations en 51 jours.

Résultat. Le malade est mort 3 ans après l'opération d'une maladie qui n'avait aucun rapport avec sa hernie.

La hernie ne s'était pas reproduite; le malade n'avait jamais porté de bandage.

Observation 34.

Wit., François, voiturier, âgé de 56 ans, entré à l'hôpital le 25 Avril 1887.

Hernie inguinale gauche incoercible depuis onze ans.

Opération. Ethérisation, 40 cm₃ pour la narcose, 145 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac; réduction de l'intestin.

Excision d'une partie du sac herniaire, suture de l'autre partie, 3 drains. Pansement de Lister.

Le malade défait plusieurs fois son pansement.

23 pansements. Guérison par granulations en 58 jours.

Résultat. Revu 4 $\frac{1}{2}$ an après. Le malade ne porte pas de bandage; on remarque une pointe de hernie qui s'est produite deux mois après l'opération.

Observation 35.

Cail., Eulalie, âgée de 70 ans, entrée le 13 Novembre 1887.

Il y a plus de 10 ans, après un grand effort, elle ressentit une vive douleur au niveau du pli de l'aîne et il se forma presque aussitôt une petite tumeur qu'elle réduisit elle-même.

Le 8 Novembre, elle ne put plus réduire sa hernie et les vomissements commencèrent, accompagnés de vives douleurs. 5 jours seulement après elle entre à l'hôpital.

Opération. Ethérisation, 20 cm₃ pour la narcose, 50 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac, débridement et réduction de l'anse intestinale. Ligature du sac et excision, suture du collet, suture des piliers, suture de la peau. Pas de drain. Pansement antiseptique et compressif.

2 pansements. Guérison par première intention en 8 jours.

Résultat. Morte 11 mois après l'opération de pneumonie.

La hernie ne s'était pas reproduite, la malade portait toujours un bandage.

Observation 36.

Eben., Joseph., cultivateur, âgé de 50 ans; entré à l'hôpital le 20 Janvier 1888.

Depuis son enfance, le malade est porteur d'une hernie inguinale gauche, qui, à 3 reprises, aurait causé des accidents d'étranglement avec douleurs vives, vomissements, état général grave. Il a pu chaque fois en faire la réduction lui-même après un taxis prolongé. Elle est devenue incoercible depuis quelques années. Elle est réductible, expansible. L'anneau inguinal est très-dilaté.

Opération. Ethérisation, 40 cm₃ pour la narcose, 80 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac, réduction de l'intestin. Ligature du sac. Suture du collet au pilier antérieur de l'anneau inguinal. Le sac n'est pas excisé. Un drain. Suture de la peau. Pansement antiseptique et compressif.

Abcès secondaire ouvert le 7^{me} jours après l'opération.

Le 15^e jour, orchite, causée par le cathétérisme.

14 pansements. Guérison en 32 jours.

Résultat. Revu 11 mois après. La hernie ne s'est pas reproduite, le malade ne porte pas de bandage, si ce n'est pendant un travail pénible.

Observation 37.

Am., Frantz, campagnard, âgé de 48 ans, entré à l'hôpital le 9 Avril 1884.

Hernie inguinale gauche, depuis 12 ans; qui a présenté déjà plusieurs fois des symptômes d'étranglement; elle est incoercible.

Opération. Ethérisation, 65 cm₃ pour la narcose, 135 cm₃ pour l'opération.

Ouverture du sac, réduction de l'intestin; ligature du collet, suture du sac séreuse contre séreuse, un drain suture de la peau, pansement antiseptique.

7 pansements. Guérison en 28 jours.

Résultat. Revu 4½ après. La hernie ne s'est pas reproduite; le malade porte toujours un bandage, excepté la nuit.

HERNIES CRURALES

N'ATTEIGNANT PAS LE VOLUME DU POING.

Observation 38.

Gr., Marie, ménagère âgée de 55 ans, entrée à l'hôpital le 14 Décembre 1880.

Hernie crurale gauche, datant de 20 ans, étranglée déjà plusieurs fois, mais le taxis pouvait la réduire. Le 13 Décembre, après un effort, elle s'étrangle de nouveau et l'on ne peut plus la réduire par le taxis.

Opération. Ethérisation, 70 cm₃ pour la narcose, 90 cm₃ pour l'opération.

Débridement. Réduction de l'intestin. Ligature du sac et son excision, suture du moignon à la peau. Suture de la peau. Un drain. Pansement de Lister.

5 pansements. Guérison de la plaie en 8 jours.

Résultat. Revue 8 ans après. 3 mois après l'opération, la malade remarque une pointe de hernie, paraissant seulement dans la station verticale; elle ne portait pas de bandage en sortant de l'hôpital, elle en porte un depuis qu'elle a remarqué cette petite tumeur derrière la cicatrice. La pointe de hernie n'a pas augmenté depuis cette époque.

Observation 39.

Ben., Française, paysanne, âgée de 55 ans entrée à l'hôpital le 8 Avril 1882.

Hernie crurale gauche, depuis 4 ou 5 ans; elle s'étrangle le 7 Avril; elle prend un bain, on essaie le taxis, tout est inutile.

Opération. Ethérisation, 200 cm₃ pour l'opération.

En incisant le sac, on incise aussi les tuniques séreuse et musculaire de l'anse herniée, adhérente légèrement au sac, et la muqueuse fait hernie entre les lèvres de l'incision, sans qu'il y ait perforation. Le professeur Julliard rapproche les lèvres de cette petite plaie par un fil de catgut passé entre séreuse et muqueuse.

Débridement; en débridant, on effleure la séreuse de l'anse herniée, sur laquelle on place un nouveau point de suture.

Au moment de réduire l'anse herniée, il se fait par les deux points de suture une petite hémorragie qui s'arrête spontanément pour la deuxième suture, et au moyen du Paquelin pour la première.

Réduction de la hernie, suture du collet, excision du sac, un drain, suture de la peau. Pansement antiseptique et compressif.

5 pansements. Guérison par première intention en 9 jours.

Résultat. Revue 6 $\frac{1}{2}$ ans après. La hernie ne s'est pas reproduite, la malade porte toujours un bandage.

Observation 40.

Per., Julie, concierge, âgée de 59 ans, entrée à l'hôpital le 3 Mai 1886.

Hernie crurale droite dont la malade ignorait l'existence. A la suite d'un faux pas, la hernie s'étrangle. Deux tentatives de taxis sans succès. 4 bain.

Opération. Ethérisation, 60 cm₃ pour la narcose, 80 cm₃ pour l'opération.

Débridement. Réduction de l'anse herniée. Ligature du sac et son excision, un drain, suture de la peau. Pansement: éponges, gaze au sublimé.

2 pansements. Guérison par première intention en 5 jours.

Résultat. Revue 2 $\frac{1}{2}$ ans après. La hernie ne s'est pas reproduite. La malade porte toujours un bandage.

Observation 41.

Gh., Charles, agriculteur, âgé de 20 ans, entré à l'hôpital le 29 Juillet 1886.

Hernie crurale droite depuis son enfance; elle s'étrangle le 29 Juillet pendant que le malade fauchait. Tentatives de taxis sans résultat, un bain.

Opération. Ethérisation, 50 cm₃ pour la narcose, 150 cm₃ pour l'opération.

Débridement et réduction de l'intestin; ligature du sac et son excision. Contre-ouverture pour le drain, suture de la peau. Pansement antiseptique: iodoforme, gaze, éponges, bande élastique.

3 pansements. Guérison par première intention en 40 jours.

Résultat. Revu le malade $2\frac{1}{2}$ ans après. La hernie ne s'est pas reproduite; le malade porte toujours un bandage.

Observation 42.

Bol., Jenny, concierge, âgée de 53 ans, entrée à l'hôpital le 5 Octobre 1887.

La malade avait depuis plusieurs années une hernie crurale droite, devenue incoercible les derniers mois, celle-ci s'étrangle le 5 Octobre 1887. Taxis sans succès. Epiplocèle.

Opération. Ethérisation, 25 cm₃ pour la narcose, 400 cm₃ pour l'opération.

La hernie épiploïque est adhérente au sac, et en la libérant on coupe une veine au voisinage de son embouchure dans un gros tronc veineux. Comme il est impossible d'arrêter l'hémorragie par la ligature de la collatérale, on est obligé de lier le gros tronc lui-même.

On divise l'épiploon en plusieurs parties qu'on lie séparément, puis on l'excise; le moignon rentre dans la cavité abdominale.

On dissèque le sac herniaire après avoir lié son collet en deux parties par une suture entrecroisée. Un drain. Suture de la peau. Pansement antiseptique et compressif.

5 pansements. 18 jours après l'opération, lorsque la plaie était bientôt cicatrisée, la malade meurt subitement.

Autopsie. Thrombus dans l'artère pulmonaire, au niveau de la première bifurcation. Thrombose de la saphène interne, œdème pulmonaire.

Observation 43.

Mar., Aline, ménagère, âgée de 47 ans, entrée à l'hôpital le 28 Mai 1888.

Hernie crurale droite, dont le début et la cause sont ignorés. Elle s'étrangle le 28 Mai, sans cause connue également.

Opération. Éthérisation, 25 cm₃ pour l'anesthésie, 50 cm₃ pour l'opération.

L'intestin est noir, congestionné; il est un peu affaissé.

Débridement. Réduction de l'anse herniée. Suture du collet du sac, excision du sac, pas de drain, suture de la peau. Pansement antiseptique et compressif.

3 jours après la malade meurt dans le coma.

Autopsie. Intestin en parfait état, de même que la plaie opératoire. Néphrite épithéliale chronique, tuméfaction trouble du foie, hyperémie et œdème pulmonaire.

Observation 44.

Del., ménagère, âgée de 42 ans, entrée le 4 Juillet 1888 à l'hôpital.

Hernie crurale droite depuis un an; par suite de rudes travaux, elle devint incoercible et s'étrangla le 1^{er} Juillet 1888. Glace et potion opiacée.

Opération. Éthérisation, 45 cm₃ pour la narcose, 85 cm₃ pour l'opération.

Ligature du sac et son excision, un drain, suture de la peau avec de la soie. Pansement antiseptique et compressif.

4 pansements. Guérison par première intention en 8 jours.

Résultat. Revue 6 mois après. La hernie ne s'est pas reproduite, la malade porte toujours un bandage.

HERNIES CRURALES

DU VOLUME D'UN POING.

Observation 45.

Pach., Jean, cultivateur, âgé de 65 ans, entré à l'hôpital le 1^{er} Septembre 1880.

Hernie crurale droite depuis 4 ans. Elle s'étrangle pendant son travail.

Opération. Ethérisation, 90 cm₃ pour la narcose, 190 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac; des gaz fétides s'en échappent, avec un pus jaune brunâtre, d'odeur fécaloïde. Dans cette cavité se trouve un paquet de tissu étranglé qu'il est fort difficile de reconnaître pour de l'intestin et de l'épiploon. Lavage avec de l'acide phénique et curage de l'abcès. Ligature et excision du sac, 2 drains, suture de la peau, pansement de Lister.

Deux jours après, quelques petits grumeaux de matière fécale sortent de la plaie, toute la région est d'un rouge vif. Les sutures n'ont pas tenu, les bords de la plaie s'écartent.

On cesse le pansement de Lister. On fait des lavages à l'hypermanganate de potasse, et comme pansement l'on met simplement une mousseline trempée dans de l'huile phéniquée, ce pansement est renouvelé trois fois par jour.

Guérison par granulations en 27 jours.

Résultat. Le malade est mort 3 ans après d'une hémorrhagie. A cette époque, la hernie ne s'était pas reproduite; le malade n'avait jamais porté de bandage.

Observation 46.

Eng., Sylvestre, cafetier, âgé de 53 ans, entré à l'hôpital le 5 Mars 1888.

Hernie crurale gauche depuis longtemps, facilement et complètement réductible. Elle s'étrangle le 1^{er} Mars.

Opération. Ethérisation.

Incision du sac, débridement et réduction d'une anse intestinale de 7-8 centimètres de long, ligature et résection d'un bout d'épiploon et réduction du moignon, ligature et excision du sac.

Un drain. Pansement antiseptique et compressif.

5 pansements. Guérison par première intention en 9 jours.

Résultat. Revu 8 mois après. Le malade ne porte pas de bandage; on remarque une pointe de hernie qui a apparu 1¹/₂ mois après l'opération.

Observation 47.

Ch., Adèle, commerçante, âgée de 60 ans, entrée à l'hôpital le 13 Mai 1888.

Hernie crurale droite depuis plusieurs années, produite peu à peu par les accès de toux (bronchite chronique); elle s'étrangle le 13 Mai 1888. Taxis sans succès.

Opération. Ethérisation, 30 cm₃ pour la narcose, 50 cm₃ pour l'opération.

Ouverture du sac, qui contient une anse intestinale: débridement de l'anneau, réduction de l'intestin, ligature du collet du sac, extirpation de celui-ci, pas de drain, suture de la peau. Pansement.

Le 13^e jour après l'opération, on remarque un petit abcès qui s'ouvre spontanément. Pas de points de suture, ni de ligature dans le pus.

6 pansements. Guérison complète en 17 jours.

Résultat. Revue 1¹/₂ an après. Pointe de hernie au-dessus du ligament de Poupert pendant les efforts de la toux, elle ne porte pas de bandage.

HERNIES CRURALES

DU VOLUME DE DEUX POINGS.

Observation 48.

Pel., Marie, ménagère, âgée de 57 ans, entrée à l'hôpital le 14 Février 1881.

Hernie crurale droite depuis 10 ans, maintenue par un bandage. En 1880, premier étranglement que l'on parvient à réduire par le taxis. Elle s'étrangle une seconde fois le 13 Février 1881. Vomissements, douleurs très-vives. Taxis sans succès.

Opération. Injection sous-cutanée de 0,01 gr. de chlorhydrate de morphine. Ethérisation, 60 cm₃ pour la narcose, 225 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac, débridement; une anse intestinale présente une coloration noirâtre, livide; du sac s'échappe une assez grande quantité d'un liquide rouge, fétide. On ré-

sèque une anse intestinale de 18 centimètres de long, après avoir lié le mésentère correspondant; suture de Lembert. (Cas cité par Tillaux dans son traité d'anatomie topographique, 1881.)

Réduction de l'intestin. L'épiploon, adhérent au sac, est lié en 5 parties et réséqué. Suture de l'anneau par 3 fils de catgut, ligature du sac et son excision. Lavage de la plaie, 2 drains. Suture de la peau, pansement antiseptique. 5 pansements. Guérison en 26 jours.

Résultat. Revue 8 ans après. La hernie s'est reproduite au-dessus du ligament de Poupart 6 mois après l'opération, après un effort. Elle ne portait pas alors de bandage, elle en porte toujours un depuis, qui maintient bien sa hernie et lui permet de se livrer à ses occupations sans aucune gêne, ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération.

Observation 49.

Val., Etienne, âgée de 45 ans, entrée à l'hôpital le 7 Décembre 1882.

Hernie crurale depuis plusieurs années, ne se réduisant jamais complètement. Le 7 Décembre elle ressent de vives douleurs et vomit, quoique la hernie ne soit pas étranglée. Femme très-alcoolique.

Opération. Ethérisation, 100 cm₃ pour la narcose, 425 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac. On y trouve le pavillon de la trompe adhérent au sac, l'ovaire sans adhérences.

Section des adhérences entre 2 ligatures. Ligature et excision de la plus grande partie du sac; suture du collet,

excision d'une partie de la peau présentant des vergetures, suture de la peau, un drain. Pansement antiseptique et compressif.

7 pansements. Guérie en 21 jours.

Résultat. Revue 6 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite. La malade n'a jamais porté de bandage.

Observation 50.

Zen., Ruf., voiturier, âgé de 52 ans, entré à l'hôpital le 15 Octobre 1887.

Hernie crurale épiploïque depuis 10 ans. Le 4 Octobre il est pris de vomissements qui cessent deux jours après.

Opération. Ethérisation, 45 cm₃ pour la narcose, 150 cm₃ pour l'opération.

Incision du sac. Pas d'anse intestinale. Résection de l'épiploon après l'avoir lié; ligature du collet, suture du collet, un drain, suture de la peau. Pansement.

4 pansements. Guérison en 30 jours.

Résultat. Revu un an après. La hernie ne s'est pas reproduite. Le malade ne porte jamais de bandage.

Observation 51.

Mil., Fanny, domestique, âgée de 57 ans, entrée à l'hôpital le 3 Mai 1886.

Hernie crurale entéro-épiploïque, partiellement irréductible avec ulcération de la peau, au sommet de la tumeur.

Cette hernie existe depuis 12 ans.

Opération. Ethérisation, 45 cm₃ pour la narcose, 85 cm₃ pour l'opération.

Ouverture du sac, ligature de l'épiploon et son excision, réduction de l'intestin, ligature et excision du sac, suture du moignon du sac aux piliers, résection de la peau ulcérée, un drain, suture de la peau. Pansement antiseptique et compressif.

3 pansements. Guérison en 14 jours.

Résultat. Revue 2½ ans après. La hernie ne s'est pas reproduite, quoique la malade tousse beaucoup; elle porte toujours un bandage.

Observation 52.

Miv., Franceline, domestique, âgée de 43 ans, entrée à l'hôpital le 9 Mai 1881.

Hernie crurale entéro-épiploïque datant de 2 ou 3 ans, dans l'aîne droite; elle s'étrangle le 7 Mai 1881.

Opération. Incision du sac qui laisse écouler un peu de liquide jaune brunâtre, séreux; débridement, réduction de l'intestin, ligature et résection de l'épiploon, suture du sac au catgut, un drain, suture de la peau. Pansement.

5 pansements. Guérison par première intention en 24 jours.

Résultat. Revue 8 ans après. La hernie ne s'est pas reproduite; la malade porte toujours un bandage.

HERNIES OMBILICALES.

Observation 53.

Még., Etiennette, lavandière, âgé de 52 ans, entrée à l'hôpital le 25 Février 1884.

Hernie ombilicale depuis 5 ans, du volume du poing, conséquence d'un effort; ulcération des téguments. Tumeur réductible.

Opération. Éthérisation.

Ouverture du sac, réduction de l'épiploon et de l'intestin. Ligature des vaisseaux ombilicaux adhérents à l'épiploon et à l'ombilic; on sectionne les adhérences entre deux ligatures; on place une seconde ligature sur une seconde adhérence étroite de l'épiploon à la paroi du sac.

On excise ensuite la peau ulcérée et le sac, on suture le péritoine et la peau. Pansement antiseptique, éponges, bande élastique.

7 pansements. Guérison en 15 jours.

Résultat. Revue 4 $\frac{1}{2}$ ans après. La hernie s'est reproduite 3 mois après l'opération, elle est beaucoup moins grosse qu'auparavant. La malade n'a jamais porté de bandage; elle s'est livrée à des travaux pénibles immédiatement après sa sortie de l'hôpital.

HERNIE DE LA PAROI DE L'ABDOMEN.

Observation 54.

Por., Louise, âgée de 66 ans, entrée à l'hôpital le 16 Février 1887.

Hernie ombilicale depuis 20 ans, époque du dernier accouchement; tumeur volumineuse, molle, indolente et

réductible. Le 11 Février, elle s'étrangle, vomissements, rétention complète des matières fécales. Ce n'est que 5 jours après qu'elle vient à l'hôpital.

On constate alors dans la région sous-ombilicale droite de l'abdomen une tumeur volumineuse, grosse comme une tête de fœtus, de forme ovulaire; non réductible. Douleurs spontanées assez vives. Sensibilité à la pression exagérée, surtout dans le voisinage de l'ombilic.

Bain. Vessie de glace.

Opération. Ethérisation, 15 cm₃ pour la narcose, 50 cm₃ pour l'opération. Injection sous-cutanée de morphine.

Incision du sac herniaire. Débridement. Réduction difficile à cause de la distension des anses intestinales, section des adhérences entre l'épiploon et le sac et l'anneau entre deux ligatures; ligature du sac et son excision, suture du collet et de l'anneau avec 4 fils de catgut. Suture de la peau.

Après l'opération, le pouls faible et filant ne se relève pas, la respiration accélérée, haletante. Coma, stertor et refroidissement général. Mort.

Autopsie. Toutes les sutures ont bien tenues. L'incision opératoire a bon aspect, la réunion commençait à se faire dans la moitié supérieure.

Reins petits, granuleux, néphrite interstitielle chronique.

Foie. Stase veineuse très-forte.

Intestins. Ils sont très-fragiles au niveau des anses qui formaient la hernie. En les sortant, ils se déchirent en plusieurs endroits. Il en sort une grande quantité de gaz et de matières alimentaires, colorées par la bile.

Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, on constate 3 déchirures transversales de la séreuse et de la muscu-

leuse en voie de cicatrisation. La plus grande a une largeur de 13 mm., elle est circulaire, les 2 autres sont incomplètes.

Elles ont du être produites par les tentatives de taxis faites au domicile même de la malade.

L'opération de la cure radicale des hernies est maintenant acceptée par la grande majorité des chirurgiens, elle n'est plus considérée comme une audacieuse tentative de quelques sommités médicales, son manuel opératoire est fixé, sauf les légères divergences que j'ai déjà signalées dans la partie historique de ce travail. Il en est de même de la question que se posaient il y a quelques années les opérateurs les plus distingués: L'antisepsie a-t-elle amélioré les résultats de l'intervention chirurgicale dans l'opération de l'hernie étranglée? Des statistiques très nombreuses ont montré que les cas d'infection par septicémie et pyémie deviennent de plus en plus rares, à mesure que la méthode de Lister est appliquée avec plus de rigueur, si bien que quelques opérateurs ont publié des statistiques de 50 opérations de cure radicale sans enregistrer un seul cas de mort. Cette opération qui comptait, avant la découverte de Lister, 50 $\frac{0}{0}$ de mort, varie maintenant dans la proportion de 1,19 $\frac{0}{0}$ de mortalité (Lucas Championnière) à 7,14 $\frac{0}{0}$ (Thiriar, de Bruxelles). J. Bœkel, de Strasbourg, qui a eu 2 cas de mort sur 5 opérés, se trouve dans des circonstances exceptionnelles, il n'opère qu'à la dernière extrémité. Ces différences de statistique proviennent de la facilité avec laquelle on pratique l'opération de la cure radicale, suivant les indications ou contre-indications que reconnaît chaque praticien. Du

reste, la classe dans laquelle sont pris tous les opérés, gens de métier ou laboureurs, se livrant à des travaux toujours très pénibles, et ne pouvant se nourrir que d'une façon insuffisante, fait que l'opération et le traitement, qui doit suivre, les débilitent beaucoup et que plusieurs succombent. La statistique des cas de mort se trouve augmentée par ce facteur d'une manière considérable ; la négligence des malades, souffrant d'une hernie étranglée pendant 3—4 jours, à recourir aux secours médicaux contribue aussi pour une large part à augmenter les cas de mort, que l'on attribue à l'opération.

INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE CURE RADICALE.

Monsieur le professeur Julliard ne tente pas la cure radicale de toutes les hernies qui se présentent à l'hôpital cantonal de Genève, une hernie facilement et complètement réductible et qu'un bandage contient bien, quelle que soit la position prise par le malade, qui ne met pas le porteur dans l'impossibilité de gagner sa vie, soit par son volume, soit par les douleurs dont elle est la cause, ne sera pas opérée. Il n'opère que dans ces cas :

- 1^o Quant la hernie a été étranglée, il lève l'étranglement et termine toujours par la cure radicale.
- 2^o Quand elle est douloureuse.
- 3^o Quand elle est très-volumineuse.
- 4^o Quand elle est incoercible ou irréductible.
- 5^o Quant le bandage est douloureux et gênant.

Il n'opère que dans ces cas, malgré la demande expresse des malades qui voudraient être débarrassés de cette infirmité.

Ces indications sont rationnelles, mais il y a en outre pourtant des cas où l'on peut opérer, ainsi Segond, qui n'est pas très-partisan de cette opération, dit cependant dans son ouvrage : (Thèse d'agrégation). Dans certaines conditions exceptionnelles, lorsqu'on aura épuisé avec habileté et persévérance toutes les ressources fournies par les bandages, la mauvaise contention avérée d'une hernie pourrait autoriser l'intervention chirurgicale.

Le professeur Julliard ne considère pas un âge avancé comme une contre-indication formelle, l'état général lui sert de base, et un malade bien portant, quoique âgé de cinquante ans, supporte facilement cette opération. Dans les 54 observations que j'ai résumées, 21 opérés avaient 50 ans et au-delà.

Les 54 observations qui font le sujet de ce travail se répartissent comme suit :

25 hernies étranglées.

28 hernies non étranglées.

Les opérés se répartissent ainsi :

Hommes 37—69 $\frac{0}{100}$ et femmes 16—31 $\frac{0}{100}$.

Les variétés de hernies sont :

Hernies inguinales 38,69 $\frac{0}{100}$	}	droites 23.
		gauches 16.
		double 1.
		étranglées 12.
Hernies crurales 16,28 $\frac{0}{100}$	}	droites 12.
		gauches 9.
		étranglées 7.
Hernies ombilicales et ventrales 2,3 $\frac{0}{100}$.		

Mortalité. De ces 54 cas, 5 sont morts le jour de l'opération ou quelques jours après 9 $\frac{0}{100}$.

3 ne sont pas mort des suites de l'opération 6 $\frac{0}{10}$.

2 sont morts des suites de l'opération 3 $\frac{0}{10}$. Observations 26 et 42.

L'on peut voir dans le résumé des cas le procès-verbal de l'autopsie de chacun de ces décès.

Restent donc 49 cas qui ont été revus en Novembre 1888.

HERNIES NON ÉTRANGLÉES : 27 CAS.

Hernies inguinales	25,	hommes	24,	femmes	1.
Hernies crurales,	2,	hommes	—,	femmes	2.
	<hr/>		<hr/>		<hr/>
	27		24		3

La plupart de ces hernies étaient incoercibles, quelques-unes étaient douloureuses et gênaient beaucoup les malades.

Contenu de la hernie :

Dans 15 cas la hernie n'était formée que par l'intestin.

Dans 6 cas, le sac contenait de l'épiploon.

Dans 4 cas c'était des entéro-épiplocèles.

Dans l'observation N° 3 le sac contenait le cœcum avec l'appendice vermiforme.

Dans l'observation N° 49, le sac contenait l'ovaire, la trompe de Faloppe et son pavillon.

De tous ces opérés, on ne peut mettre sur le compte de l'opération qu'un seul cas de mort, arrivé dans les circonstances indiquées plus haut (Obs. N° 26). L'infection a été attribuée au catgut incomplètement désinfecté. Une nouvelle provision de catgut avait été faite et la première fois que l'on s'en servait, c'était pour la ligature du sac

chez ce malade ; tous les autres sutures avaient été faites avec l'ancien catgut, toujours maintenu dans de l'huile phéniquée. Ce malade meurt quelques jours après l'opération de septicémie.

A l'autopsie, on trouve autour de la ligature du sac un foyer de supuration qui s'était ensuite étendu sur toute la partie correspondante jusqu'au rebord costal, tandis que toutes les autres sutures tenaient très bien et ne présentaient aucune trace de supuration ; la réunion des bords de la plaie était déjà complète à sa partie inférieure. L'on supprima immédiatement le catgut incriminé, et depuis lors, on ne remarqua plus de cas d'infection autour des ligatures et des sutures.

Des cultures furent faites au laboratoire d'anatomie pathologique de Genève par le professeur Zahn, mais elles restèrent négatives. Ce fait n'est pas sans précédents dans les cas de septicémie ; Kocher, de Berne, avait déjà attribué au catgut quelques cas d'infection, observés dans sa clinique, et il avait renoncé au catgut pour ne plus employer que de la soie soigneusement préparée et rigoureusement antiseptique ; en Allemagne également, Rosenberg avait fait la même observation quelques années auparavant.

Nous avons donc pour la cure radicale dans les hernies non étranglées une mortalité de 1 sur 27 soit 3,7 $\frac{0}{0}$.

La réunion par première intention a été obtenue 15 fois sur 26 cas soit 57 $\frac{0}{0}$, dans l'espace de 8 à 20 jours ; 4 fois la première intention a été manquée, parce que les malades avaient défait leur pansement dans la nuit qui suivait l'opération. Plusieurs fois aussi il s'est formé un abcès, par suite du sphacèle du sac qui n'avait pas été extirpé, parce que celui-ci présentait des adhé-

rences très-fortes avec les éléments du cordon. Le cordon n'a jamais été blessé, sauf quelques veines qui ont été déchirées 2 ou 3 fois, pendant que l'on tentait la dissection du sac, une seule fois (observation N° 3) le cordon s'est trouvé dans les parois du sac, il en est résulté une faiblesse génitale dont le malade se plaint beaucoup.

Assez souvent, on a remarqué de l'érythème du scrotum et des parties comprimées par le pansement et qui disparaissait très vite par des onctions de vaseline boriquée au $\frac{1}{40}$; une seule fois on a vu la gangrène du scrotum (observation N° 40). Ce malade a présenté pendant quelques jours des troubles psychiques assez alarmants, attribués à l'absorption du iodoforme, que l'on mettait sur une plaie de grande dimension. Le traitement par les alcalins et la cessation du iodoforme ont fait disparaître en peu de temps tous ces symptômes.

L'âge des malades varie beaucoup.

Pas d'opérés au-dessous de 16 ans.

De 16 à 20 ans, 2 cas, 1 succès complet, 1 pointe
de hernie.

De 21 à 40 ans, 8 cas, 6 succès complets, 2 récidives.

De 41 à 60 ans, 16 cas, 8 succès complets, 2 pointes
de hernies, 6 récidives.

De 61 à 80 ans, 1 cas, 1 succès complet.

27 cas, 16 succès complets, 3 pointes
de hernies, 8 récidives.

Cette statistique, portant sur 27 cas, montre que la récurrence est beaucoup moins fréquente avant 40 ans qu'après; mais la récurrence, passé cet âge, n'est pas si fréquente que quelques auteurs l'ont dit (65 $\frac{0}{10}$), elle atteint le chiffre de 35,2 $\frac{0}{10}$.

HERNIES ÉTRANGLÉES

Hernies inguinales,	42 cas, hommes	11, femmes	1
Hernies crurales,	13 cas, hommes	4, femmes	9
Hernie ventrale,	1 cas, hommes	—, femmes	1
	26 cas, hommes	15, femmes	11

Contenu de la hernie :

13 fois, le sac ne contenait que de l'intestin.

4 fois, le sac ne contenait que de l'épiploon.

13 fois, c'était une entéro-épiplocèle.

Durée de l'étranglement :

		Guérison.	Mort.
De 1-10 heures,	1 cas,	1	—
De 10-24 heures,	12 cas,	12	—
De 25-48 heures,	6 cas,	4	2
De 3 jours,	2 cas,	1	1
De 4 jours,	2 cas,	2	—
De 5 jours,	3 cas,	2	1
	26 cas,	22	4

Les chances de la guérison sont d'autant moins nombreuses que l'étranglement dure depuis plus longtemps.

Cependant il ne faut pas désespérer de guérir une hernie étranglée depuis 4-5 jours, Munzinger, dans son travail présenté à la faculté de médecine de Zurich, cite un cas de guérison après 7 jours d'étranglement. Cela est rare, surtout sans opération secondaire plus grave encore, telle que l'entérectomie ou l'anus contre nature, quand l'anse intestinale présente des traces manifestes de sphacèle. L'odeur infecte fécaloïde à l'ouverture du sac n'est pas un signe certain de la mortification de l'anse herniée, car dans 3 cas guéris par le simple débridement et la cure radicale après réduction, ce signe existait.

La guérison a été obtenue dans 22 cas sur 26, soit 84 $\frac{0}{0}$, et au bout d'un espace de temps, variant de 8-30 jours.

Examinons séparément les résultats obtenus par la cure radicale dans les hernies inguinales et crurales étranglées.

HERNIES INGUINALES ÉTRANGLÉES: 12 CAS

Hommes 10, succès complets 8, pointe de hernie 1, mort 1.

Femmes 2, succès complets 2.

Les complications qui peuvent survenir pendant l'opération sont assez nombreuses, c'est ainsi que si nous récapitulons les différents cas, nous trouvons :

Cas N° 27, hernie congénitale, testicule adhérent à l'épiploon.

Cas N° 25. Réduction en masse avant l'opération. Mort par péritonite stercorale.

Ces hernies suivant l'âge des malades, se répartissent comme suit :

		Guérison.	Mort.
De 15-20 ans,	4 cas,	4	—
De 21-30 ans,	6 cas,	5	1
De 31-50 ans,	2 cas,	2	—
De 51-80 ans,	3 cas,	3	—
	12 cas,	14	1

HERNIES CRURALES ÉTRANGLÉES: 13 CAS

Hommes 4, femmes 9.

Guérison: 11 cas, 84 $\frac{0}{0}$, hommes 4, 36 $\frac{0}{0}$, femmes 7, 63 $\frac{0}{0}$

Mort: 2 cas, 16 $\frac{0}{0}$, hommes 0, femmes 2

Complications :

Cas N° 45. Abscess avec odeur fétide autour de la hernie.

Cas N° 48. Gangrène de l'anse. Entérectomie.

Cas N° 39. Blessure du péritoine viscéral adhérent au sac, quelques points de suture; hémorrhagie par les sutures, hémostase au Paquelin.

Cas N° 42. Ligature de la saphène interne; mort par thrombose de cette veine et par un thrombus dans l'artère pulmonaire, au niveau de sa première bifurcation.

Ces opérations ont donné 8 succès complets, 2 pointes de hernies, 1 récidive et 2 morts.

7 fois la guérison a été obtenue par première intention; les autres cas, soit 4 cas, ont guéri par granulations, sans qu'il se soit produit ni abcès, ni gangrène, ni sphacèle.

L'âge des malades était en général avancé :

		Guérison.	Mort.
De 15 ans,	1 cas,	1	—
De 42-47 ans,	2 cas,	1	1
De 50-60 ans,	9 cas,	8	1
De 65 ans,	1 cas,	1	—
	13 cas,	11	2

RÉSULTATS

Je divise les cas présentés en 3 sections :

1° Ceux dont la hernie n'est plus ressortie depuis l'opération, que les malades portent un bandage ou non.

2° Ceux dont la hernie forme une pointe au moment des efforts de la toux ou d'une grande fatigue.

3° Ceux qui présentent une hernie comme avant l'opération.

J'ai considéré comme un succès relatif la production d'une pointe de hernie, car tous les malades qui en étaient porteurs, étaient très-satisfaits de l'opération, disaient être parfaitement bien depuis cette époque, et n'étaient nullement gênés dans leurs occupations.

Un fait relevé déjà par plusieurs opérateurs et qui s'est produit pour chacun des opérés du professeur Julliard dont la hernie s'était reproduite, c'est que les hernies incoercibles avant l'opération, ne l'étaient plus après, et ces hernies pouvaient être facilement maintenues par un bandage. La douleur a complètement disparu aussi chez les malades qui avaient préféré courir les risques de l'opération et dont la hernie avait récidivé.

Il y a plusieurs points de vue sur lesquels il faut se placer pour pouvoir porter un jugement motivé sur une série de cas de hernies opérées dans l'espace de 9 ans; il faut considérer le volume de la hernie, sa durée, la variété de chacune d'elles et l'âge du malade qui en est porteur. C'est pourquoi je vais présenter les 54 cas décrits plus haut suivant ces différents points de vue, en subdivisant chacun de ces tableaux en 3 colonnes: 1° la guérison complète, 2° les pointes de hernies, 3° les récidives.

Sur les 54 cas qui font le sujet de ce travail, il y a :
Morts quelques jours après l'opération, sans que la mort puisse être attribuée à l'opération, 3 cas sur 54, soit 5 $\frac{0}{10}$.

Morts de l'opération, 2 3 $\frac{0}{10}$.

Restent 49 cas de guérison.

Guérisons complètes :	34	69 $\frac{0}{10}$
Pointes de hernie :	4	8 $\frac{0}{10}$
Récidives :	11	23 $\frac{0}{10}$

Hernies inguinales en général : 35

Guérisons complètes :	24	68 $\frac{0}{10}$
Pointes de hernie :	2	5 $\frac{0}{10}$
Récidives :	9	27 $\frac{0}{10}$

Hernies crurales en général : 13

Guérisons complètes :	10	76 $\frac{0}{10}$
Pointes de hernie :	2	16 $\frac{0}{10}$
Récidives :	1	8 $\frac{0}{10}$

Hernies inguinales petites : 10

Guérisons complètes :	7	70 $\frac{0}{10}$
Pointes de hernie :	—	—
Récidives :	3	30 $\frac{0}{10}$

Hernies inguinales moyennes : 14

Guérisons complètes :	10	72 $\frac{0}{10}$
Pointes :	1	7 $\frac{0}{10}$
Récidives :	3	21 $\frac{0}{10}$

Hernies inguinales grosses : 11

Guérisons complètes :	7	64 $\frac{0}{10}$
Pointes :	2	18 $\frac{0}{10}$
Récidives :	2	18 $\frac{0}{10}$

Hernies crurales petites : 5

Guérisons complètes :	4	80 %
Pointes :	1	20 %
Récidives :	—	—

Hernies crurales moyennes : 3

Guérisons complètes :	1	33,3 %
Pointes :	1	33,3 %
Récidives :	1	33,3 %

Hernies crurales grosses : 5

Guérisons complètes :	4	80 %
Pointes :	—	—
Récidives ;	1	20 %

Suivant leur durée, les hernies se subdivisent ainsi :

De 1—5 ans de durée : 13 cas.

Guérisons complètes :	10	76 %
Pointes :	—	—
Récidives :	3	24 %

De 6—10 ans : 7 cas.

Guérisons complètes :	3	44 %
Pointes :	2	28 %
Récidives :	2	28 %

De 11—50 ans : 29 cas.

Guérisons complètes :	20	68 %
Pointes :	3	11 %
Récidives :	6	22 %

L'âge des malades, a-t-on dit, a une grande influence sur le résultat définitif de la cure radicale, la statistique du professeur Julliard ne paraît pas être beaucoup influencée par ce facteur.

De 15—20 ans : 4 cas.

Guérisons complètes :	3	75 %
Pointes :	1	25 %
Récidives :	—	—

De 21—30 ans : 7 cas.

Guérisons complètes :	6	85 %
Pointes :	1	15 %
Récidives :	—	—

De 31—40 ans : 7 cas.

Guérisons complètes :	5	70 %
Pointes :	—	—
Récidives :	2	30 %

De 41—50 ans : 14 cas.

Guérisons complètes :	9	65 %
Pointes ;	1	7 %
Récidives :	4	28 %

De 51—60 ans : 12 cas.

Guérisons complètes :	5	41 %
Pointes :	2	18 %
Récidives :	5	41 %

Hernies crurales petites : 5

Guérisons complètes :	4	80 %
Pointes :	1	20 %
Récidives :	—	—

Hernies crurales moyennes : 3

Guérisons complètes :	1	33,3 %
Pointes :	1	33,3 %
Récidives :	1	33,3 %

Hernies crurales grosses : 5

Guérisons complètes :	4	80 %
Pointes :	—	—
Récidives ;	1	20 %

Suivant leur durée, les hernies se subdivisent ainsi :

De 1—5 ans de durée : 13 cas.

Guérisons complètes :	10	76 %
Pointes :	—	—
Récidives :	3	24 %

De 6—10 ans : 7 cas.

Guérisons complètes :	3	44 %
Pointes :	2	28 %
Récidives :	2	28 %

De 11—50 ans : 29 cas.

Guérisons complètes :	20	68 %
Pointes :	3	11 %
Récidives ;	6	22 %

L'âge des malades, a-t-on dit, a une grande influence sur le résultat définitif de la cure radicale, la statistique du professeur Julliard ne paraît pas être beaucoup influencée par ce facteur.

De 15—20 ans : 4 cas.

Guérisons complètes :	3	75 %
Pointes :	1	25 %
Récidives :	—	—

De 21—30 ans : 7 cas.

Guérisons complètes :	6	85 %
Pointes :	1	15 %
Récidives :	—	—

De 31—40 ans : 7 cas.

Guérisons complètes :	5	70 %
Pointes :	—	—
Récidives :	2	30 %

De 41—50 ans : 14 cas.

Guérisons complètes :	9	65 %
Pointes ;	1	7 %
Récidives :	4	28 %

De 51—60 ans : 12 cas.

Guérisons complètes :	5	41 %
Pointes :	2	18 %
Récidives :	5	41 %

De 61—70 ans : 4 cas.

Guérisons complètes : 4 100 %

De 71—80 ans : 1 cas.

Guérisons complètes : 1 100 %

M. le Dr Berger dit dans son dernier travail sur ce sujet, dans la revue de Hayem, que les résultats définitifs ne sont pas probants, parce que $1\frac{1}{2}$ an seulement s'était écoulé depuis l'opération dans la plupart des statistiques données par les auteurs. Je fais ici une statistique de ces opérés par le professeur Julliard, revus 3 ans au moins après l'opération. 28 malades ont été retrouvés après cet intervalle et donnent les résultats suivants :

Guérisons complètes ; 16 57 %
Pointes, 2 7 %
Récidives : 10 36 %

parmi lesquels 7 cas opérés il y a 8 ans avec 5 guérisons complètes, soit 71 %.

Une question résolue de différentes manières par les auteurs est la question du port du bandage. Segond recommande et veut même que les opérés le portent toujours ; d'autres, tels que Socin et Lucas Championnière le trouvent inutile. La statistique du professeur Julliard donne raison à ces derniers ; le 60 % des opérés guéris, sans récidive, ne portent pas de bandage, et seulement le 40 % en portent un.

La cause en serait, d'après Anderegg, que la pression permanente de la pelotte détermine un enfoncement de la paroi abdominale, dont le péritoine occupe la partie

convexe, et la peau, la partie concave; dès que l'on abandonne le bandage, au moment d'un effort, l'effet contraire se produit, la peau occupe la partie convexe, le péritoine la partie concave, et comme celui-ci, distendu par sa première position, est plus grand que la peau, il se plisse dans cette concavité, et facilite par ces plis la sortie des viscères hors de l'abdomen.

Je préfère l'explication de Lucas-Championnière : la pression de la pelotte atrophie les tissus, surtout le tissu cicatriciel au niveau de l'anneau et diminue la résistance de la paroi abdominale.

CONCLUSIONS

1° L'opération de la cure radicale des hernies est une opération bénigne, pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques.

2° Elle donne d'excellents résultats pour les hernies de petit volume.

3° Ses résultats sont très satisfaisants pour les hernies volumineuses.

4° L'âge du malade n'a pas beaucoup d'influence sur le résultat, pas plus que la durée de la hernie.

5° Le bandage n'est pas nécessaire après l'opération.



BIBLIOGRAPHIE

♦♦♦♦♦

- STEELE. *Operations for the radical cure of hernia* (Brit. med. Journal, 1874.)
- NUSSBAUM. *Mittheilung über Heilung von Hernien.*
- ANNANDALE. *Edinb. med. journal.* June 1877.
- CZERNY. *Beiträge zur operativen Chirurgie.* Stuttgart, 1876.
- SCHEDE. *Chir. Centralblatt.* 1877.
- KÖNIG. *Lehrbuch der speziellen Chirurgie.*
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Cure radicale des hernies.* 1877.
- SEGOND. *Thèse d'agrégation.* 1883.
- FITZGERALD de Melbourne. *New operation for the radical cure of hernia.* Brit. med. journal. 1883.
- LAWSON TAIT. *On the radical cure of oesophagos.* Brit. med. journal, 1883.
- BALL. *The radical cure of hernia by torsion of the sac.* Brit. med. journal, 1884.
- HITCHEL BANKS. *Notes on the radical cure of hernia.* Med. Times and Gazette, 1884.
- JOHN BAILEY. *The radical cure of inguinal hernia.* Dublin journal of medical sciences, 1884.
- SWINFORD, EDWARD. *Radical cure of hernia.* Med. Times and Gazette, 1884.
- EXLER. *Die Behandlung und Genesung von Hernien mittelst Aescroleinspritzungen.* Centralblatt für Chirurgie, 1884.
- DAGRE FOX. *Operation for radical cure of hernia in a child.* Brit. med. journal, 1884.
- Sir WILLIAM MAC CORMAC. *Radical cure.* Brit. med. journal, 1884.
- RUSHTON PARKER, traduit par ASCHER. *Ueber die Radikalkur von Hernien durch Spontanheilung oder Operation, und über die Bedingungen, unter denen die letztere erfolgreich ist.* Berlin, klin. Wochenschrift, 1884.
- MITCHELL ROOFOFT. *The radical cure of umbilical hernia.* The Lancet, 1884.
- CARL SCHWALBE. *Die radicale Heilung der Unterleibsbrüche.* Centralblatt für Chirurgie, 1884.

- SOEDERBAUM. *Beiträge zur Frage von der Ausführung der Radical-Operation bei Hernia inguinalis congenita.* Centralblatt für Chirurgie, 1884.
- W. STOKES. *On the radical cure of hernia by peritoneal and intercolumnar suture.* Brit. med. journal, 1884.
- W. WAERFVINGE. *Arsberättelse fran Sabbatsbesøgs sjukhus i Stockholm för 1883.* Stockholm, 1884.
- CHRISTOPHER HEATH. *Two cases of ectroversion of the bladder accompanied by inguinal hernia: operations for radical cure.* Brit. med. journal, 1885.
- CH. HEATH. *Four cases of hernia treated by the operation for radical cure.* Brit. med. journal, 1885.
- VINCENT JACKSON. *On the radical cure of hernia.* Brit. med. journal, 1885.
- NORMAN. *Radical cure of hernia.* Brit. med. journal, 1885.
- NUSSBAUM. *Ein neuer Versuch zur Radicaloperation der Unterleibsbrüche.* Centralblatt für Chirurgie, 1885.
- DUNNETT SPANTON. *On the radical cure of hernia.* Brit. med. journal, 1885.
- JOHN WOOD. *Lectures on hernia and its radical cure.* Brit. med. journal, 1885.
- MAYBL. *Über eine neue Methode der Radicaloperation bei Hernia ventralis.* Wiener med. Presse, 1886.
- OWEN, E. *Lumbar hernia, radical operation, recovery.* Brit. med. journal, 1886.
- TERRIER. *Remarques cliniques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et ad-ombilicales non étranglées.* Revue de chirurgie, 1886.
- MITCHELL BANKS. *Some statistics of the operation for the radical cure of hernia.* Brit. med. journal, 1887.
- ARTHUR BARKER. *Two operations for the cure of umbilical hernia. On thirty-five operations for the radical cure of hernia by original method.* Brit. med. journal, 1887.
- KENDAL FRANKS. *The radical cure of hernia by the method of dissection.* Brit. med. journal, 1887.
- HEYSTON. *A case of radical cure of femoral hernia.* Brit. med. journal, 1887.
- JONES. *The radical cure of hernia.* New-York med. journal, 1887.
- MURPHY, JAMES. *A case in which the radical cure of hernia was performed by an unusual method.* Brit. med. journal, 1887.
- PICQUÉ. *Note sur un cas de volumineuse hernie ombilicale étranglée. Cure radicale.* Gazette médicale de Paris, 1887.
- CHAUCY PUZEY. *Some observations regarding the permanence of the radical cure of hernia.* Brit. med. journal, 1887.
- RABAGLIATI. *On the radical cure of hernia.* Brit. med. journal 1887.

TABLE DES MATIÈRES

	Page.
Introduction	1
Historique	4
Observations :	42
Hernies inguinales	42
Hernies crurales	42
Hernies ombilicales et ventrales	53
Résultats	63
Conclusions	69
Bibliographie	70



J. 16

ERRATA.

Page	ligne	au lieu de	lisez
3	22	points suture	<i>points de suture</i>
5	27	seul	<i>seule</i>
6	14	calgut	<i>catgut</i>
6	19	léguments	<i>léguments</i>
8	9	l'invagination	<i>l'invagination</i>
10	8	le fils	<i>les fils</i>
14	19	1 88	<i>1888</i>
17	11	moyens	<i>moyen</i>
20	28	résection	<i>réduction</i>
24	11	Depuis	<i>Il y a</i>
31	5	d'une	<i>d'un</i>
31	9	granulation	<i>granulations</i>
32	5	aus	<i>aus</i>
34	29	rougâtres	<i>rougeâtres</i>
38	4	decend	<i>descend</i>
41	16	jours	<i>jour</i>
42	3	du	<i>du</i>
47	13	jaune brunâtre	<i>jaune-brunâtre</i>
47	19	matière fécale	<i>matières fécales</i>
50	22	douleurs	<i>douleurs</i>
53	3	âgé	<i>âgée</i>
55	12	opérateur	<i>opérateurs</i>
57	22	38,69 0/0	<i>38—69 0/0</i>
57	23	16,28 0/0	<i>16—28 0/0</i>
57	24	2,3 0/0	<i>2—3 0/0</i>
58	1	mort	<i>morts</i>



~~18789~~
~~18689~~