

Évolution de la pensée médicale dans le traitement chirurgical des hernies inguinales de l'homme

Evolution of medical thought in the treatment of groin hernia

Ph Bonnichon*, O Oberlin**

*Institut Français de Chirurgie Endocrinienne, Hôpital des Peupliers, 8 Place de l'abbé Hénocque, 75013 Paris, France.

**Département de Chirurgie, Hôpital Cochin, 27 rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France.

Mots clés

- ◆ Histoire des hernies,
- ◆ Guy de Chauliac
- ◆ Ambroise Paré
- ◆ Point doré
- ◆ Suture royale
- ◆ Bassini
- ◆ Jean Rives
- ◆ René Stoppa

Résumé

Notre but est de suivre, dans ses grandes lignes, l'évolution de la pensée médicale du traitement des hernies de l'aine depuis Guy de Chauliac jusqu'à l'époque moderne, divisée arbitrairement en cinq périodes. Le Moyen Âge et la Renaissance, favorables aux interventions chirurgicales, les XVII^e et XVIII^e siècles marqués par l'essor des bandages et des brayers, le renouveau chirurgical du XIX^e siècle dominé par des résultats initiaux désastreux, Bassini, ses successeurs et l'entrée dans la chirurgie herniaire du quotidien et, enfin, les dernières évolutions avec les prothèses et la coelochirurgie.

Keywords

- ◆ History of groin hernia
- ◆ Guy de Chauliac
- ◆ Ambroise Paré
- ◆ Point doré
- ◆ Royal suture
- ◆ Bassini
- ◆ Jean Rives
- ◆ René Stoppa

Abstract

Our objective is to follow the evolution of medical thought in the treatment of groin hernia from Guy de Chauliac to modern times, arbitrarily divided in five periods. The Middle Ages and Renaissance favoring surgical repair, XVIIth and XVIIIth centuries marked by a progression in the use of binding and brayers, XIXth century return to surgical repair marked by disastrous initial results, Bassini and followers adopting surgery as a usual recourse and contemporary use of prosthetic devices and laparoscopic surgery.

Les hommes ont toujours eu des hernies inguinales, comme en témoignent les nombreuses représentations artistiques de l'Antiquité (fig. 1). Les médecins égyptiens opéraient certaines formes (1, 2) et les Romains disposaient de spécialistes suffisamment habiles pour en pratiquer la cure chirurgicale (3). La découverte d'appareils datant de l'époque pharaonique jusqu'à l'époque mérovingienne (4) rappelle la constance des traitements par contention.

Dépendant, le manque de documents, la durée et la variabilité des civilisations de l'Antiquité rendent illusoire toutes connaissances précises des techniques chirurgicales utilisées. En revanche, la physiopathologie des hernies, décrite par les auteurs anciens, demeura la même pendant deux mille ans. La survenue d'une hernie était la conséquence d'une rupture péritonéale. Sans que cette théorie de la rupture soit clairement exprimée dans les écrits de Galien et d'Hippocrate, celui-ci prétendant que « *les hernies sont produites ou par un coup, ou par une distension, ou par la pression d'un homme qui saute sur le ventre* » (5), les médecins et l'usage populaire l'adoptèrent sans réserve jusqu'à la fin du XVII^e siècle.

Correspondance :

philippe.bonnichon@cch.aphp.fr, philippebonnichon@gmail.com,
olivier.oberlin@cch.aphp.fr

Figure 1 - Buste gallo-romain en bois provenant du sanctuaire de la déesse Sequana aux sources de la Seine (musée archéologique de Dijon).



La brèche péritonéale permettait l'extériorisation des viscères pour prendre, avec l'intestin, le nom d'« entérocele ». Au XVI^e siècle, les chirurgiens, en accord avec cette physiopathologie, utilisaient le terme de « rompure herniale » pour désigner les hernies inguinales.

En réalité, le sujet qui nous intéresse doit être compris à partir du XI^e siècle. À travers l'imagination débordante dont firent preuve les chirurgiens de toutes époques et de tous lieux, notre but est de suivre, dans ses grandes lignes, l'évolution de la pensée médicale qui a prévalu au traitement des hernies de l'aîne.

Le Moyen Âge et la Renaissance, favorables aux interventions chirurgicales

Au début du deuxième millénaire, il ne restait plus rien des connaissances de l'ancien Empire romain d'Occident et trois siècles furent nécessaires pour retrouver le savoir perdu. Les auteurs des XII^e et XIII^e siècles (Roger et Roland de Parme, Lanfranc, Théodore, Brun, Guy de Mondeville) décrivirent progressivement différentes techniques tirées de la médecine antique et réintroduite par le canal de la médecine arabe. Le langage médical en fut longtemps imprégné avec des termes comme *mirac* pour paroi abdominale, *siphac* pour péritoine, *zibale* pour épiploon ou *meri* pour œsophage. Les connaissances chirurgicales du Moyen Âge atteignirent leur apogée avec Guy de Chauliac (1300-1369) et « La Grande Chirurgie ». Dans son livre encyclopédique, écrit en 1368, les hernies de l'aîne sont associées au domaine des apostèmes, c'est-à-dire « *des tumeurs ou enfleures ou quelconque grosseur faite aux membres outre sa forme naturelle* » (6).

Les traitements proposés appelaient des méthodes médicales et des méthodes chirurgicales. Laissons de côté les traitements médicaux longs et compliqués faisant usage de saignées, de bains, de régimes alimentaires draconiens chez des patients laissés au repos strict parfois pendant plusieurs semaines. La hernie réduite était maintenue par un emplâtre puis des appareillages ou brayers. Une autre méthode non chirurgicale, particulièrement ingénieuse, consistait à faire boire, chaque jour, un mélange de vin grossier et de limaille de fer. La réduction de la hernie était assurée par un emplâtre contenant de l'aimant pilé qui attirait la limaille de fer. En un mois environ, la limaille de fer s'accumulait au niveau de l'orifice inguinal. « *Et pour ce on trouve sur le lieu une carnosité nouée, qui est signe de parfaite guérison* » (7). Mais ce traitement décrit par Chauliac était-il réellement appliqué ?

Les débuts du traitement chirurgical

Les hernies difficilement appareillables faisaient l'objet d'une cure chirurgicale. L'objectif était de « *consolider et au passage engendrer de la chair dure et calleuse afin que rien n'y puisse descendre* ». Il faisait appel, selon Guy de Chauliac, à six techniques dont il précisait les noms des partisans : 1) la castration (Abulcassis, Aly Abbas, Rogier, Jamier, Brun, Guillaume, Théodoric) avec la ligature du sac herniaire consistait à lier le cordon le plus haut possible laissant le fil dehors et pansant la plaie jusqu'à cicatrisation et chute spontanée du fil ; 2) le cautère actuel (Abulcassis, Avicenne, Rogier, Brun, Théodoric) traitait l'orifice inguinal grâce un fer rouge enfoncé jusqu'à l'os ; 3) le cautère potentiel (Théodoric, Jean des Crèves, Maître André et Pierre d'Orlhac) utilisait une technique semblable par action chimique ; 4) la chordette et le petit bois (Rogier) : un fil, passé sous le cordon spermatique et la hernie, était serré chaque jour autour d'une planchette jusqu'à sa chute sectionnant progressivement tous les éléments du cordon et du sac ; 5) rehaussement du cordon spermatique et cautérisation (Lanfranc, Pierre de Dye) consis-

Figure 2 - Le Baron A. Boyer



taient à libérer les éléments du cordon en les soulevant avec des tenailles larges puis à cautériser l'orifice inguinal jusqu'au pubis ; 6) le fil d'or (Bérard Métais) était une technique semblable mais l'orifice inguinal était traité avec un fil d'or sorti par la plaie.

Selon Chauliac, les quatre premières « parfaites » qui, bien faites, donnaient de bons résultats s'opposaient aux deux dernières techniques, « imparfaites », parce que récidivantes.

La technique préconisée par cet auteur était celle du cautère potentiel dont l'action semblait moins terrible que celle au fer rouge du cautère actuel. Le patient était placé sur une table ou un banc, tête en bas. « *Il faut avertir le patient que l'on doit mettre du corrosif. [...] L'arsenic est le principal [...] son action est forte et puissante mais si on l'applique indoctement, il esmeutde la fièvre et des mauvais accidents [...]. Son action dure trois jours. [...] Le moyen d'opérer est tel : supposez la bonne diète et la purgation, la hernie réduite et l'aîne rasée. Puis le testicule est amené le plus haut qu'on pourra sur l'os du penil (vers l'orifice inguinal), on marque son entour avec de l'encre, ou du charbon. Et ayant remis le testicule dans la bourse [...]. Une toile cirée, perforée d'un orifice de la largeur de l'entour encré, est maintenue sur la peau par quelque chose de gluant, on met ensuite du ruptoire (fait de chaux vive et du savon mol avec un peu de salive) de la grosseur d'une petite châtaigne sur le lieu marqué [...] Soit bien bandé [...]* ». La chaux vive nécrosait la peau non protégée par la toile cirée, puis après excision de l'escarre, l'arsenic mélangé à de l'opium et de la mandragore était appliqué jusqu'à atteindre l'os pubien dont l'observation signalait la véracité de la guérison. Le temps nécessaire pour obtenir celle-ci était de trois à huit semaines. Le patient devait rester alité. Pour certain, comme Maître Pierre, se lever et vaquer à des occupations quotidiennes était cependant possible. Chauliac donnait les résultats de celui-ci : « *Maître Pierre qui en ma présence en a guéri trente* » (8). C'est, à notre connaissance, la première série publiée faisant état de résultats opératoires.

La publication de l'ouvrage de Guy de Chauliac marqua la fin d'une première période. À partir du XV^e siècle, la chirurgie devint de moins en moins utilisée et les techniques chirurgicales décrites dans son livre furent progressivement oubliées pour disparaître définitivement au début du XIX^e siècle. Nous entrons dans la seconde période de notre réflexion.



Figure 3 - Bandage herniaire selon Ambroise Paré

Les XVII^e et XVIII^e siècles, l'essor des bandages et des brayers

En 1575, Ambroise Paré opérait encore quelques hernies, « *si par tous ces moyens, la hargne ne peut estre curée [...] et que le malade ou parent d'icelle, désirassent qu'il fut entièrement guéri, on procédera par le Point doré* » (9). Il préconisait également une autre technique, la « suture royale » qui tirait son nom du fait qu'en liant uniquement le sac, elle épargnait l'organe de la procréation. En 1614, Pierre Pigray, élève d'Ambroise Paré, revenant sur des techniques déjà ancestrales, reconnaissait encore contre l'avis de son maître : « *L'autre espèce (de traitement) que je trouve la meilleure, la plus sûre et la moins périlleuse est celle écrit amplement par Guidon [...] le cautère potentiel [...]* » (10). Les siècles suivants développèrent une authentique aversion pour les interventions chirurgicales. À la fin du XVII^e siècle, Pierre Dionis, chirurgien du roi Louis XIV, écrivait : « *Nos Anciens [...] ont tenté de guérir les hernies par des opérations de chirurgie [...] qui sont toutes plus mauvaises les unes que les autres [...]. Les bons chirurgiens les ont abandonnées et elles ne sont plus pratiquées aujourd'hui que par les charlatans* » (11). Enfin, la répugnance atteint son apogée en 1831 avec le baron Boyer (1757-1833) (fig. 2) : « *Aujourd'hui la perfection des bandages est telle que ces différentes opérations sont entièrement proscrites [...] c'est le cas de dire encore ou que ce traitement opératoire est sans succès, ou qu'il est pire que le mal [...] quant à la suture royale, cette opération n'a peut-être jamais été pratiquée, et je suis bien loin de conseiller d'en faire l'essai* » (12). Cependant, il apparaît légitime de rendre hommage au chirurgien, Pierre Franco qui fut le seul auteur du XVI^e siècle à avoir une vision d'ensemble de la pathologie des hernies de l'aine. Malheureusement, comme souvent, son livre remarquable, arrivé trop tôt, n'eut jamais l'écho qu'il méritait.

La rupture date du XV^e siècle. Il ne nous appartient pas d'intervenir sur les événements historiques, les drames et les grands de ce siècle prodigieux qui donna naissance, au siècle suivant, à une nouvelle race de chirurgiens. À cette époque, le sujet de la pathologie herniaire et de ses traitements se modifia radicalement. Les nouveaux matériaux, les progrès techniques et l'imagination d'Ambroise Paré (1510-1590) et des auteurs de son siècle firent considérablement progresser la science des bandages et des brayers (fig. 3) telle qu'elle est exposée dans le chapitre : « De la curation des

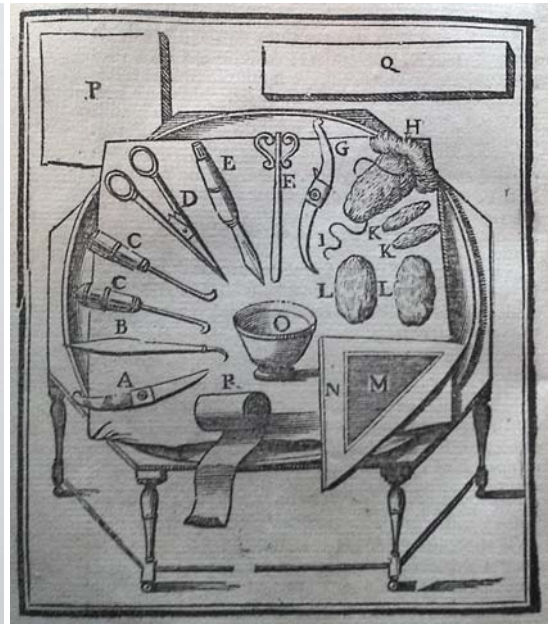


Figure 4 - Matériel utile au traitement d'une hernie engouée.

Hargnes » (13). Hargnes, hargneux, hernieux, hergnes et hernie ont la même étymologie. Sauf cas exceptionnels, comme dans celui de Jean Moret, épistolier à l'église Saint-André des Arts, traité par bandage pendant cinq ans puis autopsié après son décès d'une affection intercurrente, ces appareillages ne permettaient pas la guérison du patient mais elle le soulageait sans risque vital car, déjà, les mauvais résultats n'étaient plus acceptés aussi facilement. Paré invective les castreurs qui « *par leurs cruelles et violentes opérations mettent le malade en danger de mort.* » Quelques-uns, appartenaient à de véritables dynasties de « chirurgiens » itinérants. Paul Segond racontait qu'au XVI^e siècle, un certain Horace de Norsia châtrait plus de deux cents individus par an (14). Ainsi, du XVI^e siècle au milieu du XIX^e, « *depuis qu'on a inventé des bandages fort commodes* », la contention devint la méthode de référence du traitement des hernies de l'aine non compliquées. Au cours du XVIII^e siècle, l'apparition des matériaux élastiques améliora encore la qualité des appareils proposés et le résultat sur le recrutement chirurgical ne se fit pas attendre, le nombre de patients traités augmenta, car « *ils n'ont plus peur de montrer leur infirmité* ».

En revanche, à cette époque, le cas des hernies étranglées souvent appelés bubonocèles, jusque là négligées car jugées constamment mortelles, fut réévalué. La nécessité de procéder à des actes de sauvetage fut discutée et retenue si le chirurgien était suffisamment expérimenté. La théorie qui concourait à leur formation évolua également. Jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, la théorie de l'engouement, datant de l'Antiquité, prévalait. La complication était le résultat d'une accumulation d'excréments dans la hernie. Ce fut Nicolas Lequin, qualifié par lui-même de « chirurgien hernière », qui, dans un livre publié en 1765, parle pour la première fois d'étranglement (15). Quelques années plus tard, Goursaud, dans un mémoire de l'Académie de Chirurgie, distingua l'étranglement authentique de l'engouement (16). En l'absence de nécrose intestinale patente, la hernie pouvait être réduite par des manœuvres que l'on appelait « taxis ». En l'absence de succès, l'opération était parfaitement codifiée et, en 1740, Georges de La Faye, chirurgien juré à Paris, en décrivait les modalités de l'opération (17). La figure 4 expose l'instrumentation utilisée : 1) incision de la peau avec le bistouri droit (A) ; 2) libération du sac avec le déchaussoir (B) ; 3) pendant que deux garçons écartent les lèvres de la plaie avec les éringes (C et D) ; 4) section des brides dures, en évitant de blesser l'intestin, avec le scalpel (E) ; 5) ouverture douce et précautionneuse du sac avec le même scalpel. Évacuation des



Figure 5 - De gauche à droite : A. Gimbernat ; A. Scarpa ; A. Cooper.

sérosités qu'il contient ; 6) introduction de la sonde cannelée (F) et section longitudinale du sac. Extériorisation de l'intestin ; 7) la sonde cannelée est passée à travers l'anneau musculueux d'étranglement, soulevée fortement vers le haut. Coulage de la pointe du bistouri courbe (G) dans la cannelure pour sectionner l'orifice scléreux ; 8) résection de l'épiploon si nécessaire et réintégration de l'intestin grêle. Il n'y avait pas de réfection pariétale. La plaie était pansée à plat. L'intestin était contenu par la tente (H), enduite d'huile et de jaune d'œuf, profondément introduite dans l'orifice herniaire et maintenue grâce au fil (I). Les autres éléments de la figure : sondes, bourdonnets (K et L), un emplâtre (M), des compresses (P et Q) et un bandage (R) utiles au maintien de la réduction. Le patient, demandeur de l'intervention pour supprimer douleur et éviter la mort, restait relativement docile et calme. Les soins postopératoires duraient deux à trois mois, et la callosité produite par la cicatrisation évitait le plus souvent la récurrence de la hernie.

Lorsque l'intestin était manifestement gangrené, la situation était moins claire et de nombreux chirurgiens refusaient d'opérer « *puisque'il n'y avait aucun moyen de les guérir* » (18). Cependant, au cours du XVIII^e siècle, les praticiens jurés, les plus expérimentés, changèrent d'attitude, car ils avaient appris à éviter la réintégration du grêle dans la cavité abdominale, grâce aux adhérences formées autour de l'anneau. En fonction des circonstances et de la longueur d'intestin atteint, plusieurs éventualités s'offraient à leur dextérité. Le plus souvent, l'intestin était laissé ouvert dans la plaie. Le caractère limité des lésions intestinales pouvait laisser espérer une guérison complète avec réintégration spontanée de l'intestin dans l'abdomen grâce à la rétraction cicatricielle du mésentère, comme on l'observe parfois de nos jours avec la fermeture spontanée d'une colostomie latérale ; dans les autres cas, l'évolution se faisait vers un « anus artificiel inguinal ». Quelques tentatives de rétablissement de la continuité avec succès furent publiées. Nous ne disposons d'aucune statistique d'ensemble des résultats des interventions du XVIII^e siècle parce que, seuls, les bons résultats méritaient la publication de cas cliniques...

Cette deuxième période ne fut cependant pas inactive et l'abstention opératoire ne freina pas les études anatomiques et physiopathologiques qui permirent le renouveau chirurgical du siècle suivant. Son importance ne doit donc pas être négligée, car les progrès furent, grâce aux réflexions, aux découvertes, aux travaux en anatomie et en physiopathologie, un passage obligé vers les progrès futurs. Des chirurgiens comme Renaulme de Lagaranne (essai de traité des hernies 1721), Garengot (traité des opérations 1731), La Faye, Le Dran ou Louis en France, Astley Cooper (1768-1841) en Angleterre et Antonio Gimbernat (1764-1816) en Espagne, Antonio Scarpa (1747-1842) en Italie décrivaient le canal inguinal, l'orifice profond, l'orifice superficiel et les ligaments qui portent leurs

noms (19) (fig. 5). La théorie ancienne de la rupture péritonéale fit place à la théorie mécanique avec présence constante d'un sac herniaire. D'autres théories, comme celle de l'allongement méésentérique, furent proposées mais le rôle joué par l'augmentation de la pression intra-abdominale avec extériorisation du sac et des viscères au niveau des points de faiblesse de la paroi fut progressivement et définitivement accepté. En 1819, Jules Cloquet (1790-1883) dans sa thèse de concours sur « Les causes et l'anatomie des hernies abdominales », introduit la notion de canal péritonéo-vaginal avec la préformation du sac dans les hernies congénitales (20). Parallèlement, sur le plan clinique, le grand ensemble des apostèmes fut démembré au profit de la nosographie plus précise des descriptions cliniques que nous utilisons aujourd'hui. En 1772, avant Malgaigne, le diagnostic différentiel entre hernie inguinale et hernie crurale était parfaitement établi (21).

Le renouveau chirurgical du XIX^e siècle, dominé par des résultats initiaux désastreux

À partir de 1830, l'attitude des chirurgiens, poussée par l'inconfort des bandages, les risques d'étranglement et les conséquences sociales de cette pathologie fréquente, évolua de nouveau. En effet, le traitement palliatif par contention ne guérissant pas, la fréquence des hernies dans la population augmentait avec l'âge. Ainsi, une étude de 1888, monte qu'environ un tiers de la population âgée de plus de soixante-dix ans en était porteur (22). Le premier à remettre en cause l'attitude abstentionniste fut Alfred L.M. Velpeau qui fit entrer le traitement des hernies inguinales dans une troisième période : « *Je ne crois pas maintenant que cette cure (chirurgicale) puisse être contestée... Les chirurgiens modernes se sont trop empressés de porter leur jugement dans l'examen d'un traitement aussi important qui mérite d'être soumis à de nouveaux essais, avant d'y renoncer définitivement* » (23).

Cependant, lorsque les chirurgiens proposèrent d'opérer de nouveau les hernies inguinales, ils établirent leurs raisonnements, non pas sur les nouvelles conceptions anatomophysiologiques qui venaient d'être décrites au siècle précédent, mais à partir de l'analyse erronée sur laquelle était basée les techniques opératoires du Moyen Âge et de la Renaissance. Autrement dit, ils reprirent leur ouvrage là où ils l'avaient laissé trois siècles plus tôt : créer progressivement une callosité suffisamment solide pour fermer l'orifice herniaire. Les techniques ancestrales étant jugées obsolètes, les chirurgiens imaginèrent rapidement d'autres solutions. Les premières tentatives furent l'œuvre de chirurgiens isolés comme Jameson qui utilisa un lambeau de rotation pour fermer l'orifice crural ; Belmas qui, en 1829, plaça un ballon de

baudruche dans l'orifice pour créer des adhérences et Gerdy, en 1835, qui invagina de la peau scrotale dans l'orifice herniaire.

La découverte de l'anesthésie en 1846 fit évoluer rapidement les esprits et, à partir des années 1850, les imaginations chirurgicales allaient de se déchaîner pour produire un nombre incroyable de procédés aujourd'hui tous abandonnés. L'utilisation de l'antiseptie par Joseph Lister à partir de 1865 accéléra le mouvement et « depuis, en dehors de quelques courtes périodes d'accalmie, cette fébrilité imaginative ne retombe jamais ; notre époque n'en est que la continuité naturelle... » (24).

En 1888, André Boursier (22) retrouvait plus de soixante-dix procédés de cures radicales. Il les divisait en deux grandes classes : les méthodes lentes et anciennes qui s'adressaient aux hernies réductibles et les méthodes dites modernes ou directes qui pouvaient être employées indifféremment pour les hernies réductibles et les hernies irréductibles.

Les méthodes anciennes comprenaient quatre groupes :

- les procédés, comme la ligature simple du sac, dans lesquels on détruisait les enveloppes de la hernie par ligature ;
- les procédés créateurs des réactions cicatricielles au niveau des orifices inguinaux comme les injections de produits irritants. Velpeau utilisait de l'iode, Schreyer du vin rouge et Warren, en Angleterre, se servait de l'extrait d'écorce de chêne. Selon Paul Segond, toutes ces méthodes furent abandonnées car inefficaces et dangereuses voire mortelles ;
- le troisième type de procédés consistait à obstruer le trajet herniaire avec un bouchon organique comme la peau du scrotum, les testicules remontés dans l'anneau ou des auto-plasties cutanées ;
- enfin le quatrième type de procédés consistait à fermer l'orifice, essentiellement les piliers de l'aponévrose du Grand Oblique, sur un bouchon organique construit, par exemple, avec le sac herniaire.

Celle des méthodes dites « modernes », comprenait des procédés qui visaient essentiellement à traiter le sac herniaire en le liant le plus haut possible, selon une technique dérivée de la « suture royale ». Le traitement de l'orifice herniaire était négligé, car jugé inutile.

La médiocrité des résultats, avec une mortalité comprise entre 2 et 20 % et un taux de récurrences compris entre 20 et 60 %, n'étonnait guère les chirurgiens habitués antérieurement à des résultats encore plus catastrophiques.

« Étrangement, on en était donc arrivé, à la fin du XIX^e siècle, à la situation paradoxale où les hernies étaient opérées, sans succès, sur des bases physiopathologiques exactes alors qu'au Moyen Âge on les opérait, avec un relatif succès, sur des bases physiopathologiques totalement erronées » (24). La médiocrité des résultats était la conséquence de l'absence de réflexion de fond sur l'attitude à adopter face à la double nécessité de traiter le sac herniaire et les orifices pariétaux.

Bassini, ses successeurs et l'entrée dans la chirurgie herniaire du quotidien

En 1890, nous entrons dans la quatrième période marquée par la révolution de l'italien Eduardo Bassini (1844-1924) (fig. 6). La réflexion profonde qu'il mena à partir des connaissances modernes, lui permit de proposer un traitement d'ensemble du sac herniaire et de la paroi. Toutes les méthodes de pariétorrhaphies qui suivirent, dérivèrent plus ou moins de son analyse et de la technique qu'il proposa ; aucun progrès de fond ne fut plus accompli jusqu'à l'apparition des prothèses pariétales vers 1960.

Maints chirurgiens, en France et à travers le monde, développèrent de nombreuses variantes de la technique princeps de Bassini. Il serait fastidieux et inutile de rappeler les points mineurs qui justifièrent la matérialisation de tant d'éponymes. Cependant, une mode favorable ou une heureuse for-

Figure 6 -
Eduardo
Bassini

tune propulsa au premier plan certains d'entre eux. Ce fut le cas de la technique d'Earl Shouldice (1890-1965), aussi appelée méthode canadienne, qui fut pendant quarante ans la référence, le *gold standard*, du traitement des hernies inguinales. Entre 1950 et 1953, la technique fut développée au *Shouldice Hospital* de Toronto dont la réputation s'était forgée sur l'hyperspécialisation des opérateurs pratiquant exclusivement, comme dans l'Antiquité, la chirurgie herniaire. En réalité, ni la superposition de plans, ni l'utilisation d'un fil d'acier ne représentaient un authentique progrès par rapport à la technique de Bassini bien faite, et les résultats de la méthode canadienne, dans d'autres mains, étaient souvent moins favorables que le « un pour cent » de récurrences présenté par les promoteurs. En fait, les résultats dépendent de la minutie opératoire des chirurgiens et de la qualité de la paroi du patient.

Les dernières évolutions, les prothèses et la coelochirurgie

Ce fut sur ce dernier point, la qualité de la paroi du patient, que le travail scientifique porta ses efforts à partir du début des années soixante en développant, après de nombreux essais parfois désastreux comme l'utilisation de métal, des matériaux prothétiques solides et fiables. En France, les noms de René Stoppa et Jean Rives restent accrochés à cet authentique progrès qui explique qu'aujourd'hui la majorité des chirurgiens utilisent quotidiennement des tissus de renforcement. Stoppa et Rives décrivent la mise en place des prothèses par voie inguinale mais aussi en utilisant la voie d'abord médiane sous ombilicale pour les hernies bilatérales (25).

Enfin, à partir de 1990, avec la dernière phase de l'histoire des hernies, les chirurgiens entrent sur la scène de la coelochirurgie avec ses TEP et ses TAP. Nous sommes maintenant dans « l'histoire moderne », propice à toutes les polémiques. Il ne nous appartient donc plus de développer ce sujet. Nous désirons cependant conclure, en remarquant que si la coelochirurgie tient désormais le haut du pavé, les voies d'abord local ont trouvé une nouvelle jeunesse avec l'intervention de Lichtenstein qui consiste à placer une prothèse sur la face antérieure de la paroi abdominale. Par un heureux hasard, cette opération redécouvre les anciennes techniques du Moyen Âge et de la Renaissance dont les objectifs étaient

simplement de former un bouchon pour fermer l'orifice herniaire. Espérons que les résultats à long terme de cette intervention, en contradiction avec tous les progrès accomplis depuis trois cents ans, ne déçoivent pas les jeunes opérateurs qui lui font confiance au point d'oublier toutes les techniques qui l'ont précédée.

Références

1. Fournier-Begniet D. Histoire générale de la Médecine. Tome 1. Paris : Albin Michel. [p. 109-10].
2. Leca A-P. La médecine égyptienne au temps des pharaons. Paris : Roger Dacosta ; 1971. 486 p. [p. 219].
3. Penso G. La médecine romaine. L'art d'Esculape dans la Rome antique. Paris : Roger Dacosta ; 1984. 607 p. [p. 478].
4. Salin E. Quelques objets rares du Haut Moyen Âge. In: Comptes-rendus des séances de l'année... - Académie des inscriptions et belles-lettres, 111e année, N. 3, 1967. p. 387-402.
5. Hippocrate. Epidémies. Livre 2. Traduction Ch. Daremberg. Paris ; 1843.
6. Joubert L. La grande chirurgie de monsieur Gui de Chauliac. Lyon : Estienne Michel ; 1579. [p. 196].
7. Idem, p. 561.
8. Idem, p. 573.
9. Paré A. Les œuvres d'Ambroise Paré. 10^e ed. Lyon : Claude Prost ; 1641.
10. Pigray P. Épitome des principes de médecine et de chirurgie. Rouen : Louis Loudet ; 1628.
11. Dionis M. Cours d'opération et de chirurgie. Paris : D'houry ; 1740. [p. 333 et 314].
12. Boyer M. Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leurs conviennent. Tome VIII. Paris : Bechet Jeune. [p. 41].
13. Paré A. Les œuvres d'Ambroise Paré. 10^e ed. Lyon : Claude Prost ; 1641. [p. 195-202].
14. Boursier A. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Tome XIII. Paris : Asselin, Houzeau et Masson ; 1887. [p. 745].
15. Cooper A. Paris: Masson; 1835.
16. Lequin N. Traité des hernies ou descentes, contenant les causes, les signes, les accidents, les remèdes et un avis aux hernieux. Paris ; 1665.
17. Boursier A. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Tome XIII. Paris : Asselin, Houzeau et Masson ; 1887. [p. 760].
18. Dionis M. Cours d'opération et de chirurgie. 4^e ed. augmentée par G. de la Faye. Paris : D'houry ; 1740. [p. 340].
19. Idem, p. 350.
20. Cloquet J. Manuel d'anatomie descriptive du corps humain. Tome 2, Myologie. Paris : Louis Pariente ; 1998. [Planche II9].
21. Nouveau dictionnaire universel et raisonné de médecine, de chirurgie et de l'art vétérinaire. Tome 3. Paris : Herissant, Libraire ; 1772. [p. 412].
22. Boursier A. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Tome XIII. Paris : Asselin, Houzeau et Masson ; 1887. [p. 745].
23. Velpeau A. Nouveaux éléments de médecine opératoire. Tome 2. Paris : J.-B. Baillière ; 1832. [p. 311].
24. Bonnichon P. Les hernies inguinales et leurs traitements avant Eduardo Bassini. J Chir (Paris) 2008 ; 145 : 168-73.
25. Stoppa R, Wantz GE, Munegato G, Pluchinotta A. Hernia Healers. Vélizy-Villacoublay : Arnette ; 1998. [p. 65].