

se présenter : ou l'intestin blessé est caché dans la cavité abdominale, ou bien il apparaît à l'extérieur.

Lorsqu'il est resté caché dans la cavité abdominale, que l'on est certain de l'existence d'une plaie et surtout quand celle-ci a été produite par une arme à feu, il est indiqué d'aller à la recherche de la portion blessée, en agrandissant, s'il le faut, la plaie de la paroi abdominale, et de pratiquer la suture, après avoir excisé les portions mortifiées. Mais quand on a des doutes sur l'existence de la blessure, il vaut mieux s'abstenir, laissant à la nature le soin de créer des adhérences protectrices, et s'en tenir aux moyens propres à prévenir la péritonite.

Lorsque la portion blessée fait saillie ou apparaît à l'extérieur, toutes les fois que la blessure a environ un demi-centimètre d'étendue il faut pratiquer la suture.

Les procédés de suture intestinale sont des plus nombreux ; ils se rangent dans les catégories suivantes :

1° Procédés dont le but principal est de maintenir la plaie appliquée contre une partie voisine ;

2° Procédés dans lesquels on rapproche les bords de la plaie, sans se préoccuper autrement de la nature des tissus que l'on met en contact ;

3° Procédés dans lesquels on met en contact une membrane séreuse et une muqueuse ;

4° Enfin Procédés qui consistent à appliquer séreuse contre séreuse.

Les procédés de la quatrième espèce sont, je me hâte de le dire, les seuls auxquels on doit recourir aujourd'hui. A Jobert revient l'honneur d'avoir le premier appliqué l'adossement des séreuses et fait connaître la supériorité de cette méthode fondée sur les propriétés éminemment plastiques de ces membranes.

Aussi insisterai-je spécialement sur ces procédés.

PLAIES LONGITUDINALES.—Première catégorie.—Palfyn passait une anse de fil dans le milieu de la plaie intestinale, rapprochait l'intestin de la plaie de la paroi abdominale et fixait le fil sur la peau à l'aide d'un emplâtre.

Reybard se servait d'une petite planchette elliptique dont le milieu était traversé par une anse de fil ; il introduisait la plaque

dans l'intestin de façon que son grand axe répondît à la solution de continuité. Il traversait les deux lèvres de la plaie intestinale avec les chefs du fil passant à travers la planchette, puis réunissait les deux chefs de cette anse dans le chas d'une aiguille courbe avec laquelle il perçait la paroi abdominale à une petite distance de la plaie. Il séparait alors les chefs et les nouait sur un petit rouleau de linge. Ces deux procédés ne méritent qu'une très-médiocre confiance.

Deuxième catégorie. *Suture à anse de Ledran.* — Ledran prenait autant d'anses de fil et d'aiguilles à coudre ordinaires qu'il voulait faire de points de suture ; avec chaque anse il traversait les deux lèvres de la plaie intestinale ; puis, après avoir retiré les aiguilles, il nouait ensemble les chefs de chaque côté et tordait deux ou trois fois l'un avec l'autre les faisceaux ainsi obtenus de façon à fermer la plaie de l'intestin.

On a eu recours à la suture en surjet en laissant à chaque extrémité un bout de fil d'une longueur de quinze centimètres environ. Ces fils sortent à travers la plaie abdominale.

Lorsqu'on veut enlever le fil, au bout de six jours à peu près, on coupe un des bouts au niveau de la plaie de l'abdomen et on tire doucement sur l'autre.

Bertrandi préconisait la suture à points passés ; il faisait saillir entre les lèvres de la plaie abdominale les extrémités du fil. On peut aussi faire passer ces fils à travers la paroi abdominale. On retire le fil comme ci-dessus, en coupant l'une des extrémités au ras de la paroi abdominale et exerçant sur l'autre des tractions modérées. Afin d'éviter de détruire, en faisant ces tractions, des adhérences encore peu solides, Béclard faisait la suture avec une aiguille armée de deux fils de couleur différente.

Pour enlever les deux fils, il n'avait qu'à tirer en sens inverse l'extrémité opposée des fils de couleur différente.

Il est aisé de voir, en pratiquant les sutures de la deuxième catégorie sur le cadavre ou sur les animaux, que l'on adosse surtout des surfaces muqueuses, peu propres, on le sait, à fournir de rapides adhérences.

On n'a pas recours pour les plaies longitudinales aux procédés de la troisième catégorie.

Quatrième catégorie. — Jobert faisait la suture entrecoupée en prenant la précaution de renverser en dedans les lèvres de la plaie intestinale, afin d'adosser séreuse contre séreuse. Ensuite, tantôt il coupait les fils au ras des nœuds, tantôt il les amenait au dehors. Dans le premier cas ils tombent dans la cavité intestinale, dans le second on peut les retirer au bout de cinq jours.

Moreau-Boutard faisait aussi la suture entrecoupée, mais avec la précaution préalable d'exciser la muqueuse renversée en dehors et d'adosser les séreuses. Il amenait les fils ou au moins un des fils à l'extérieur, à travers la paroi abdominale.

*Suture en piqué de Gély* (fig. 320). — On prend une anse de fil armée d'une aiguille à chacune de ses extrémités, et on enfonce une des aiguilles un peu en arrière d'un des angles de la plaie et à quatre ou cinq millimètres en dehors. Après un trajet de cinq millimètres parallèle à la solution de continuité, on la fait ressortir de

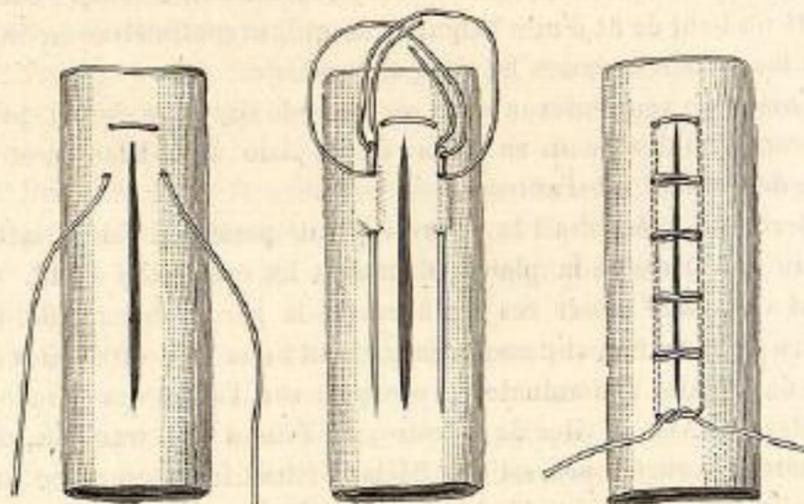


Fig. 320. — Suture en piqué de Gély.

l'intestin à la même distance du bord de cette dernière. On en fait autant avec l'autre aiguille de l'autre côté de la plaie. Les deux aiguilles étant ressorties à la même hauteur sur les deux lèvres, on croise les fils et on enfonce l'aiguille de droite dans le trou de sortie de celle de gauche et réciproquement. On leur fait décrire un second trajet analogue au premier et ainsi de suite.

On pratique cette suture tout le long des bords de la plaie, et on termine en serrant les fils, les nouant l'un avec l'autre et les coupant au ras du nœud.

Il est bon de ne pas se servir d'une aiguille trop grosse et, pour plus de sûreté, de serrer les fils chaque fois qu'on les croise; on peut même les arrêter par un nœud au niveau de l'entre-croisement. Les fils doivent tomber dans la cavité intestinale. Si l'on examine du côté de l'intestin l'aspect d'une suture pratiquée suivant ce procédé, on apercevra à ce niveau un repli saillant en dedans.

*Suture implantée de Bouisson* (fig. 321). — Ce chirurgien se sert d'épingles à insectes et de fils cirés; les épingles doivent avoir au moins la longueur de la plaie à réunir. Un fil est attaché sous la tête de chaque épingle pour permettre de l'enlever quand le moment est venu. Voici comment on procède: on enfonce une épingle dans l'épaisseur de chaque lèvre de la plaie, à deux millimètres du bord libre. Ces épingles traversent successivement l'intestin de dehors en

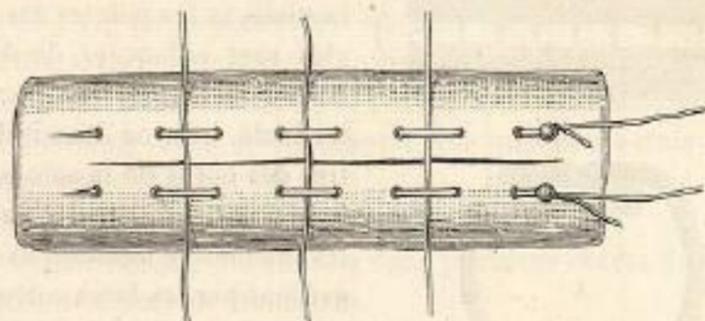


Fig. 321. — Suture implantée de Bouisson.

dedans, de dedans en dehors et ainsi de suite. Elles doivent des deux côtés être disposées de façon que les parties des épingles saillantes en dehors de l'intestin se correspondent exactement sur les deux lèvres. Sous chacune de ces parties saillantes, entre l'épingle et l'intestin, on fait passer une anse de fil dont on rapproche et on noue les extrémités, après avoir rebroussé la membrane muqueuse du côté de l'intestin. On place dans l'angle supérieur de la plaie abdominale les fils attachés à la tête des épingles, et dans l'angle inférieur les fils destinés à rapprocher les épingles et dont on coupe un des chefs près du nœud.

Les bords de la plaie abdominale sont réunis par les moyens ordinaires. Le troisième ou le quatrième jour, on retire les épingles au moyen des fils supérieurs, et les fils transversaux devenus libres sont enlevés en même temps.

J'ai à signaler en dernier lieu les procédés de Bérenger-Féraud et de Péan.

Bérenger-Féraud se sert de deux bouchons de liège ayant la forme d'un prisme quadrangulaire de six millimètres d'épaisseur environ et présentant une longueur identique à celle de la plaie intesti-

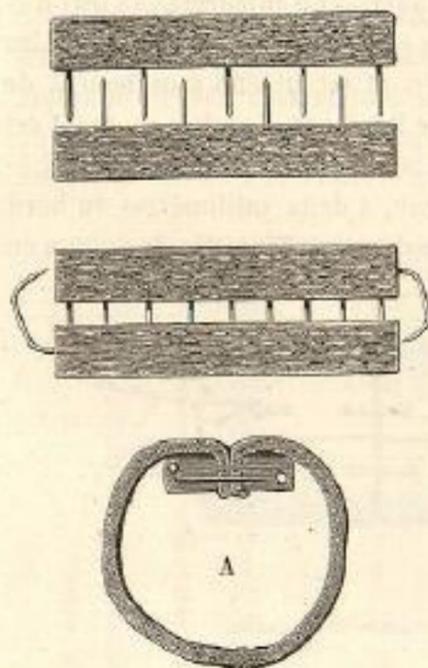


Fig. 322. — Appareil de Bérenger-Féraud pour la suture intestinale.

A. Centre de l'intestin.

nale (fig. 322). Ces bouchons sont traversés par des épingles dont la pointe demeure saillante, tandis que la tête est enfoncée dans le liège et recouverte de cire d'Espagne. Chacun des prismes ainsi armés est placé dans la cavité de l'intestin, le long de la plaie, et les pointes des épingles sont enfoncées de dedans en dehors à travers la paroi intestinale, à un ou deux millimètres des bords de la solution de continuité. On dispose ensuite les prismes de façon qu'ils se regardent par les faces correspondantes à la pointe des épingles; en pressant les prismes entre le pouce et l'index à travers la paroi intestinale, on enfonce dans le prisme droit les épingles du prisme gauche et réciproquement. On amène ainsi au contact les deux bords de la plaie intestinale adossés par leur surface péritonéale.

Ce petit appareil et les tissus qu'il étirent sont éliminés par les selles. Si l'on craignait que les deux prismes se séparassent, on pourrait, à l'aide d'une épingle recourbée placée à chacune des extrémités de l'appareil, les relier encore plus solidement l'un à l'autre.

na (fig. 322). Ces bouchons sont traversés par des épingles dont la pointe demeure saillante, tandis que la tête est enfoncée dans le liège et recouverte de cire d'Espagne. Chacun des prismes ainsi armés est placé dans la cavité de l'intestin, le long de la plaie, et les pointes des épingles sont enfoncées de dedans en dehors à travers la paroi intestinale, à un ou deux millimètres des bords de la solution de continuité. On dispose ensuite les prismes de façon qu'ils se regardent par les faces correspondantes à la pointe des épingles; en pressant les prismes entre le pouce et l'index à travers la paroi intestinale, on enfonce dans le prisme droit les épingles du prisme gauche et réciproquement. On amène ainsi au contact les deux bords de la plaie intestinale adossés par leur surface péritonéale.

Ces épingles préalablement fixées dans l'un des prismes, on les ferait pénétrer dans le prisme opposé en pressant sur elles à travers la paroi intestinale, après l'occlusion de la plaie.

Le procédé de Péan consiste à maintenir rapprochées à l'aide de serres-fines placées à l'intérieur de la cavité intestinale les deux lèvres de la solution de continuité adossées par leur surface séreuse. Il faut, pour cela, des serres-fines spéciales, un porte-serrefine, et en outre la manœuvre opératoire est des plus délicates.

En somme, parmi les différentes sutures que je viens d'examiner en dernier lieu, et qui toutes sont destinées à adosser les séreuses, celle qui me paraît réunir les meilleures conditions est celle de Gély.

PLAIES TRANSVERSALES. — Après avoir longtemps considéré la section d'une anse intestinale en travers comme ne devant être traitée que par la création d'un anus contre nature, les chirurgiens ont eu recours à la suture et à d'autres procédés plus ou moins ingénieux pour obtenir le recollement des bords de la solution de continuité intestinale, sutures et procédés qui rentrent dans les catégories que nous avons précédemment établies. C'est ainsi que nous trouverons :

1° Une série de procédés dans lesquels on affronte directement les parties avec interposition d'un corps étranger ;

2° Une méthode constituée par l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, avec adossement d'une membrane muqueuse à une membrane séreuse, et

3° La méthode de l'adossement des séreuses.

Je passerai rapidement sur les deux premiers ordres de moyens aujourd'hui tombés en désuétude.

1° Je dois signaler ici le procédé des quatre maîtres en chirurgie renouvelé par Duverger. Ce dernier se servait d'une trachée de veau armée de trois anses de fil placées à distances égales et dans le sens de l'axe de la trachée. Le milieu de chaque anse était dans la cavité du tube, et chaque chef muni d'une aiguille sortait à l'extérieur. La trachée introduite dans les deux bouts de l'intestin, ces derniers étaient rapprochés et maintenus dans cette position à l'aide des fils fixés à la trachée et qui les traversaient à deux ou trois lignes des bords de la plaie. Les extrémités de chaque anse étaient nouées l'une avec l'autre. Au lieu de la trachée de veau on a proposé différents autres corps; Chopart, Desault et Sabatier vou-

laient qu'on se servit d'une carte roulée, tandis que Smith et B. Bell préféraient un cylindre de suif. Je n'insiste pas sur ces procédés aujourd'hui complètement abandonnés.

2° L'invagination a été inventée par Ramdohr. Ayant, dans une opération de hernie étranglée, rencontré une portion d'intestin mortifiée, Ramdohr excisa la portion gangrénée et la partie correspondante du mésentère qui avait également perdu ses droits à la vie; ensuite il introduisit l'extrémité supérieure de l'intestin dans l'inférieure et les fixa au moyen d'un fil peu serré. Ce procédé offre des inconvénients; il est d'abord assez difficile de distinguer le bout supérieur de l'inférieur et difficile aussi d'introduire le premier dans le second. En outre, séreuse et muqueuse accolées n'ont que bien peu de tendance à contracter des adhérences.

3° J'ai déjà dit que Jobert avait le premier mis en pratique la méthode qui consiste à adosser les séreuses. Voici comment il procédait pour les plaies intéressant tout le calibre de l'intestin: il disséquait d'abord le mésentère sur les deux bouts d'intestin dans l'étendue d'un peu moins d'un centimètre; puis, avec deux aiguilles fixées chacune à l'extrémité du même fil, il traversait le bout supérieur de dehors en dedans à six millimètres du bord de la section, en laissant un petit espace entre les deux piqûres. Il passait ainsi deux anses de fil, une en avant et une en arrière, et renversait ensuite avec les doigts ou avec une pince le bout inférieur sur lui-même, de façon que la partie supérieure de ce bout présentât la membrane séreuse à l'intérieur; l'index gauche introduit dans cette portion d'intestin maintenait le renversement et servait en même temps à conduire les aiguilles qui traversaient alors la paroi intestinale du bout inférieur repliée en double et ressortaient en laissant entre leurs points d'émergence un intervalle de deux millimètres. L'opérateur en faisait autant pour la partie postérieure, tirait les fils et engageait le bout supérieur dans l'inférieur. Les fils étaient placés dans l'angle inférieur de la plaie abdominale et fixés avec du diachylon.

Pour les plaies incomplètes, il suffit d'une seule anse de fil, et on n'a pas à disséquer le mésentère.

Denans se servait de trois viroles ou cylindres creux métalliques; il enfonçait un cylindre dans chaque bout d'intestin qu'il renver-

sait en dedans. La troisième virole, moins grosse et plus longue, était introduite dans le bout supérieur d'abord, puis dans l'inférieur, de façon que les deux portions d'intestin vinssent au contact. Deux anses de fil embrassaient les parties. Fils et viroles étaient expulsés par les selles, après la mortification de la portion renversée de chaque bout d'intestin. Denans a plus tard supprimé les fils et les a remplacés par un ressort.

Baudens a proposé un procédé analogue; au lieu des trois viroles de Denans, il employait une seule virole, concave sur la face externe, et un anneau de caoutchouc. Il engageait l'anneau élastique dans le bout supérieur de l'intestin à trois lignes de profondeur, puis renversait en dedans la partie située au-dessous de cet anneau. Il enfonçait ensuite la virole dans le bout inférieur à une profondeur de deux lignes, renversait également cette portion d'intestin et engageait l'anneau élastique dans la concavité de la face externe de la virole.

Je ne citerai que pour mémoire le procédé d'Amussat qui consistait à invaginer les deux bouts d'intestin l'un dans l'autre sur un bouchon creusé en gouttière, de manière qu'ils recouvrent tous deux cette gouttière, et à les serrer fortement avec un fil. Il excisait la portion du bout intestinal externe dépassant la ligature. C'est un procédé effrayant, qui n'a du reste jamais été mis en pratique que sur des chiens.

Gély a aussi proposé sa suture en piqué pour les plaies transversales. Ici, chaque fois qu'on aura fait deux points, on arrêtera les fils par un nœud.

De même, le procédé de Bouisson peut être appliqué à ces solutions de continuité; seulement, afin de maintenir le calibre de l'intestin, au lieu de se servir d'épingles droites, on emploiera des épingles courbes dont on implantera deux dans chaque lèvres de la plaie.

Lembert a imaginé une modification fort heureuse de la suture entrecoupée (fig. 323); il se sert d'autant de fils armés d'une aiguille ordinaire qu'il veut faire de points de suture. Il pique une des lèvres de la plaie à deux lignes de cette dernière, arrive jusqu'à la membrane muqueuse, sans la percer, et ressort à une ligne de la plaie, pour piquer la lèvre opposée à la même distance et ressortir à trois lignes plus loin, après avoir cheminé de la même façon dans

l'épaisseur de la paroi intestinale. Les fils, placés en quantité suffisante, sont fixés chacun par un double nœud et coupés ras.

C'est là le procédé le meilleur, bien que les fils ne doivent pas tomber dans la cavité intestinale, en raison de l'intégrité de la muqueuse.

Toutes les fois que l'on pratique une suture intestinale, il faut laver avec le plus grand soin, avant de la remettre dans l'abdomen, la portion d'intestin qui a été amenée au dehors.

Dans les cas où l'intestin blessé par une arme à feu présenterait des solutions de continuité assez étendues et voisines, on pourrait exciser la partie blessée et rapprocher les bords de la solution de continuité ainsi produite, comme on le fait pour une plaie transversale.

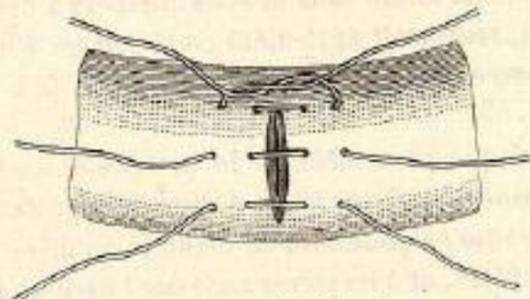


Fig. 323. — Procédé de Lembert.

Quant aux plaies de l'estomac, les sutures de Gély, de Bouisson et de Lembert, cette dernière surtout, sont celles qui conviennent le mieux.

§ 4. **Hernies** (fig. 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334). — La thérapeutique des hernies comprend le traitement palliatif, le traitement curatif des hernies et le traitement des accidents qui peuvent venir les compliquer. Au point de vue opératoire, la seule de ces complications dont nous devons nous occuper, c'est l'étranglement.

*Traitement palliatif.* — Il consiste à réduire la hernie et à la maintenir réduite. Dans le cas de hernie irréductible, on se contente d'empêcher l'issue de nouvelles parties.

Le taxis ou manœuvre de réduction de la hernie varie naturellement suivant l'espèce de la hernie; il en est de même des bandages herniaires ou brayers, mais il est cependant dans tout bandage certaines parties fondamentales que je vais signaler ici.

Dans tout brayer, il y a une partie destinée à être appliquée sur l'orifice par où s'échappe la hernie, c'est la pelote qui est, en général, constituée par une plaque métallique ou écusson supportant un coussin convexe plus ou moins résistant, formé de crin, de laine, de bourre de soie et recouvert de peau de chamois, de toile ou de caoutchouc. Quelquefois le coussinet est formé de caoutchouc et d'huile de lin. On a enfin des pelotes en caoutchouc rempli d'air et des pelotes dures en bois ou en ivoire.

Dans le cas de hernie irréductible, on peut se servir d'un bandage à pelote concave, dit bandage à cuiller.

La forme de la pelote varie suivant les cas. Elle est elliptique, circulaire, triangulaire, en bec de corbin, etc.

Elle est supportée par une portion dont la disposition est en rapport avec le genre de pression que l'on veut exercer. On a ainsi des bandages à pression molle, à pression élastique et à pression rigide.

Dans les bandages à pression molle, la pelote est maintenue par une simple courroie non élastique.

Les bandages à pression élastique comprennent les bandages à ressort métallique et les bandages non métalliques.

Dans les appareils à pression rigide, les pelotes sont supportées par une tige métallique rigide transversale, incurvée suivant les besoins et aux deux extrémités de laquelle viennent se fixer les deux moitiés d'une ceinture postérieure.

On a recours à ces différentes espèces de bandage suivant les circonstances, les appareils à pression rigide étant réservés pour les cas dans lesquels la contention de la hernie exige une grande force, et les bandages à pression molle ne servant que chez les personnes qui ne peuvent en supporter un autre. Dans l'immense majorité des cas, c'est aux appareils à pression élastique que l'on a recours.

Examinons maintenant chaque espèce de hernie en particulier. Les plus communes sont les hernies inguinales, les crurales et les ombilicales.

A. *Hernies inguinales.* — Les hernies inguinales sont celles qui se font par le canal inguinal. Ce canal ou plutôt ce trajet, comme l'appelle Richet pour qui il n'existe à proprement parler de canal inguinal que quand il y a une hernie, ce trajet, intercepté entre l'aponévrose du grand oblique en avant, le fascia transversalis en arrière et

l'arcade crurale en bas, s'ouvre en dedans dans la cavité abdominale par un orifice interne infundibuliforme, situé en dehors de l'artère épigastrique et limité en dedans par un repli falciforme du fascia transversalis, et se termine au niveau des bourses par un orifice externe, de forme à peu près elliptique, placé au-dessus de l'épine pubienne.

Cet orifice externe formé aux dépens de l'aponévrose du grand oblique et limité par trois piliers, un supérieur, un inférieur, unis par des fibres collatérales, un postérieur et une portion du bord supérieur du pubis, présente deux centimètres et demi à peu près de longueur dans son grand axe qui est oblique en bas et en dedans, et la moitié environ pour le petit axe. Chez la femme, ces dimensions sont moindres.

L'orifice interne, situé à peu près à égale distance de l'épine pubienne et de l'épine iliaque antéro-supérieure et à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'arcade crurale, est constitué par le fascia transversalis qui se déprime et s'enfonce dans le canal.

La longueur du canal inguinal mesurée de l'extrémité externe de l'orifice superficiel à l'orifice abdominal est de trois à trois centimètres et demi chez l'homme. Il a, chez la femme, un demi-centimètre de plus environ.

Lorsqu'on examine la paroi postérieure du canal inguinal, on voit, surtout après avoir enlevé le péritoine qui le tapisse, qu'elle présente trois dépressions ou fossettes, limitées par l'artère épigastrique et l'artère ombilicale oblitérée. La première est en dehors de l'artère épigastrique, c'est la fossette inguinale externe, la deuxième en dedans de l'artère épigastrique, entre cette artère et l'artère ombilicale, c'est la fossette inguinale interne, la troisième en dedans de l'artère ombilicale, fossette vésico-pubienne; cette dernière correspond en général à l'orifice externe ou superficiel du canal inguinal.

On appelle hernie inguinale externe ou oblique celle qui pénètre dans le canal inguinal par son orifice abdominal, c'est-à-dire, par la fossette située en dehors de l'épigastrique, et hernie inguinale interne ou directe celle qui s'engage dans le canal au niveau de la fossette moyenne ou de la fossette interne. La hernie inguinale externe est de beaucoup la plus fréquente.

Le canal inguinal, à l'état hygide, donne passage au cordon spermatique chez l'homme et au ligament rond chez la femme.

Le testicule, pour passer de la cavité abdominale où il est formé dans les bourses où il doit demeurer, traverse le canal inguinal. Ce trajet commence au septième mois de la vie intra-utérine, et le testicule dans sa migration repousse devant lui le péritoine, dont la portion qui enveloppe la glande séminifère prend le nom de tunique vaginale. Le canal séreux qui établit une communication momentanée entre la cavité péritonéale et celle de la tunique vaginale, canal de Brugnone ou de Scarpa, est le plus souvent au moment de la naissance oblitéré dans une portion plus ou moins étendue. Chez le fœtus femelle le ligament rond est enveloppé par un prolongement péritonéal connu sous le nom de canal de Nuck.

Dans l'enfance, les deux orifices du canal inguinal sont presque en face l'un de l'autre, ce qui fait que le canal n'existe pas à proprement parler.

Les différents degrés de la hernie inguinale externe ont chacun reçu un nom différent. On admet quatre degrés : dans le premier, la hernie commence à s'engager dans le canal (c'est la pointe de hernie).

Dans le deuxième, elle a pénétré dans le canal et y demeure enfermée en totalité (hernie intra-pariétale, interstitielle).

La hernie faisant saillie à l'orifice externe du canal, mais sans descendre dans les bourses, constitue le troisième degré (hernie inguino-pubienne, bubonocèle).

Enfin l'oscéocèle ou hernie inguino-scrotale, c'est-à-dire, celle qui est descendue dans les bourses, constitue le quatrième degré.

Chez la femme, la hernie inguinale descend dans la grande lèvre.

Les viscères herniés (presque toujours le grand épiploon et l'intestin grêle, ensemble ou séparément) poussent devant eux le péritoine qui leur forme cette enveloppe séreuse commune à presque toutes les hernies, appelée sac, laquelle présente dans le point où elle communique avec la cavité péritonéale un rétrécissement ou collet.

J'ai signalé l'existence pendant la vie intra-utérine d'un canal séreux faisant communiquer la cavité de la tunique vaginale et le péritoine, canal qui, bien qu'oblitéré partiellement au moment de la naissance, peut cependant être, à cette époque, perméable en totalité ou en partie; de là la production de hernies appelées congé-

nitales ou mieux, avec Malgaigne, vaginales. La hernie vaginale est dite testiculaire, lorsque la cavité de la tunique vaginale ne s'étant nullement oblitérée permet à la partie herniée de venir se mettre en contact avec le testicule, et funiculaire quand la hernie reste contenue dans le canal inguinal, la cavité vaginale étant oblitérée au niveau de l'anneau inguinal externe.

La hernie vaginale est toujours externe, c'est-à-dire qu'elle s'engage toujours dans le canal inguinal par son orifice interne.

*Traitement palliatif.* — Le premier acte de ce traitement, lorsque la hernie est réductible, consiste à la réduire. Quand elle ne rentre pas spontanément dans le décubitus dorsal, on la fait rentrer à l'aide de pressions qui constituent le taxis.

Pour si peu que la réduction présente de difficultés, il faut faire coucher le malade sur le dos, la tête et les épaules soulevées par un coussin, le siège un peu élevé, les cuisses fléchies sur le bassin et rapprochées l'une de l'autre.

Quand on pratique le taxis, on doit avoir soin de réduire les premières les parties qui sont sorties les dernières. On recommande aussi de faire suivre aux parties, pour rentrer, le même chemin qu'elles ont suivi en quittant la cavité abdominale; c'est ainsi que, dans une hernie inguinale externe récente et descendue dans les bourses, on repoussera d'abord les parties d'avant en arrière, pour leur faire franchir l'anneau inguinal externe, puis obliquement en dehors, en arrière et en haut, pour les faire arriver jusqu'au niveau de l'orifice interne, et enfin directement en arrière, quand on est arrivé à ce point-là. Dans les hernies directes et même dans les hernies externes anciennes dans lesquelles les anneaux se rapprochent par le fait des tiraillements exercés par les portions herniées, il faut agir d'avant en arrière et de bas en haut. Je dois déclarer ici que le précepte que je viens de reproduire est plutôt théorique que pratique. Il est le plus souvent fort difficile de savoir à quelle variété de hernie on a affaire, et, bien qu'il faille toujours exercer les pressions dans le sens général du canal, il est malaisé de leur donner une direction mathématique.

Pour faire le taxis, le chirurgien se place du côté de la tumeur. Si la hernie est peu volumineuse, il peut se servir d'une seule main, la droite pour la hernie droite et *vice versa*. Embrassant le

fond de la hernie avec la paume de la main et appliquant les doigts autour du collet, il exerce des pressions dans le sens voulu, en effilant en quelque sorte entre les doigts la portion qui confine à l'anneau. Plus généralement, même pour les hernies peu volumineuses, on se sert des deux mains, les deux ou trois premiers doigts de la main du côté opposé à la hernie embrassant le pédicule, et ceux de la main du même côté appliqués sur le corps de la hernie et le refoulant, les doigts placés au niveau du pédicule constituant une sorte de filière et s'opposant à la réduction en masse. On peut imprimer à la tumeur des mouvements de latéralité, ce qui facilite quelquefois la réduction.

On se sert à *fortiori* des deux mains quand on a affaire à une hernie volumineuse, et alors la main d'en haut embrasse le pédicule dans sa concavité, et l'autre saisit à pleine main le corps de la tumeur et la repousse dans la direction de l'anneau, sans comprimer le fond.

Dans le cas de hernie étranglée, on modifie le taxis de différentes façons que j'étudierai plus tard, et surtout on ajoute à son efficacité par l'administration des anesthésiques.

La hernie réduite, on la maintient momentanément avec les doigts, au besoin avec un spica de l'aine, puis on applique un bandage.

Parmi les différentes variétés de bandage que j'ai signalées, les

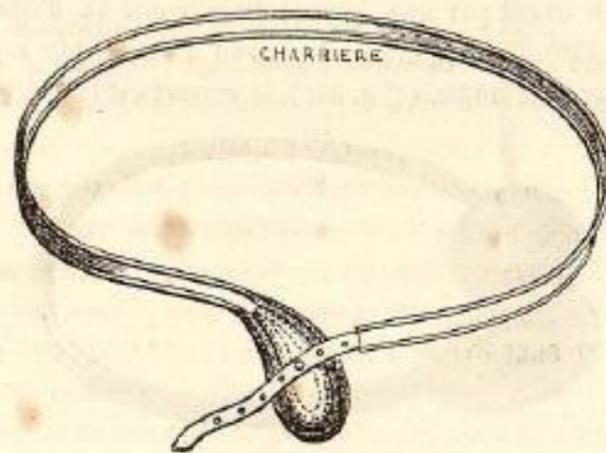


Fig. 324. — Bandage français simple.

plus usités pour les hernies inguinales sont les bandages élastiques

à ressort métallique, qui se divisent en bandages français et bandages anglais.

Dans le bandage français (fig. 324), le ressort est constitué par un ruban ou arc métallique qui va de la hernie à quelques travers de doigt au delà de la colonne vertébrale, en contournant la hanche du côté malade. Il est continu avec le cadre métallique de la pelote ou écusson et tordu à la fois suivant ses faces et suivant ses

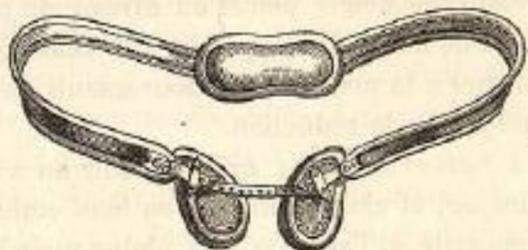


Fig. 325. — Bandage français double.

bords, de sorte que l'écusson est situé plus bas que l'autre extrémité de l'appareil, laquelle se termine par une lanière en cuir qui fait suite à la garniture et va d'autre part s'attacher à un bouton fixé sur la face externe de la pelote. Un sous-cuisse, qui vient également s'agrafer sur la pelote, sert à maintenir l'appareil.

Pour les hernies doubles, le bandage français se compose de deux bandages unis en arrière par une pièce qui repose sur le sacrum et en avant par une lanière de cuir qui va d'une pelote à l'autre (fig. 325). Cet appareil est pourvu d'un double sous-cuisse.

Dans le bandage anglais (fig. 326), le ressort est formé par un arc

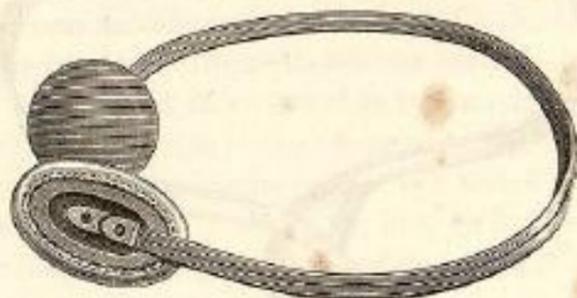


Fig. 326. — Bandage anglais.

métallique elliptique courbé suivant ses faces, mais non suivant ses bords; il va de la hernie au sacrum en passant sur le côté sain. A

chaque extrémité du ressort s'adapte une pelote qui lui est unie au moyen d'un pivot et qui peut s'incliner dans tous les sens. La pelote postérieure, qui appuie sur le sacrum, est large et arrondie.

Pour les hernies inguinales, quelle que soit la variété du bandage, la pelote est elliptique, triangulaire ou en bec de corbin, suivant les indications. Dans les cas de hernie oblique, la pelote doit presser non-seulement sur l'anneau inguinal externe, mais encore sur toute l'étendue du canal, et la pelote elliptique conviendra ici. Pour une hernie directe on emploiera une pelote triangulaire. Enfin la pelote à bec de corbin sera utilisée pour les hernies scrotales difficiles à maintenir.

Chez les personnes très-sensibles qui ne peuvent supporter la pression d'un ressort métallique, on peut recourir aux appareils du docteur Bourjeaud, qui sont constitués par une ceinture élastique embrassant tout l'abdomen et formée de bandes de caoutchouc cousues les unes avec les autres. Sous cette ceinture et au niveau de la hernie est placée une pelote creuse en caoutchouc recouverte de peau de chamois. La pelote est remplie d'air et communique avec un tube et un réservoir à air également en caoutchouc. Ce réservoir est fixé à l'appareil de façon à correspondre à la fesse du malade, de sorte que, lorsque ce dernier s'assied, la compression qu'il exerce sur le réservoir détermine l'arrivée d'une quantité d'air plus considérable dans la cavité de la pelote.

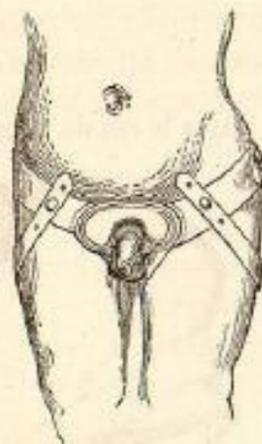


Fig. 327. — Bandage de Van Praag.

En France, ce bandage est surtout réservé pour les enfants. C'est aussi pour les enfants que Galante a imaginé un appareil qu'il désigne sous le nom de bandage herniaire de Van Praag (de Leyde) (fig. 327), et qui se compose d'une plaque métallique embrassant la partie antérieure du bassin, avec une échancrure inférieure au niveau de la ligne médiane et un prolongement de chaque côté. Cet appareil est enveloppé de caoutchouc vulcanisé et pourvu de pelotes à air en caoutchouc. Il est fixé par une ceinture

également en caoutchouc, qui embrasse les parties latérales et postérieure du tronc.

Dans les cas où il est nécessaire d'exercer une très-forte pression, on se sert du bandage rigide de Dupré (fig. 328), dans lequel une tige en fer à direction générale transversale, placée à la partie antérieure du bassin, supporte la pelote ou les pelotes et est fixée par une ceinture en cuir embrassant la partie postérieure du tronc et dont les deux moitiés se réunissent l'une à l'autre au moyen d'une boucle. Les deux extrémités de la tige rigide sont verticales ou obliques.

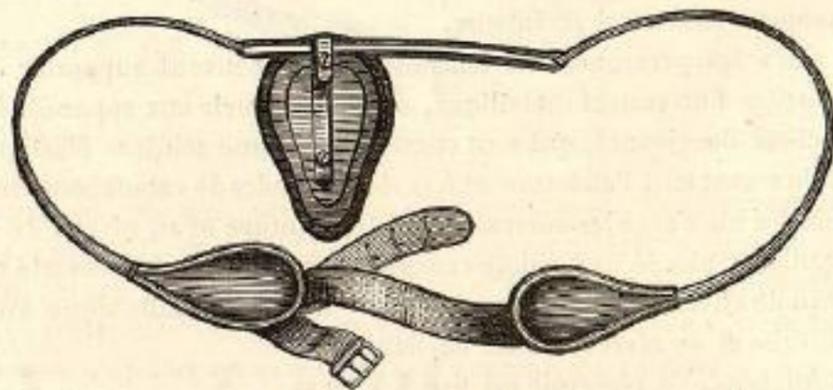


Fig. 328. — Bandage de Dupré.

Dans le cas de hernie double, la tige rigide présente trois cour-

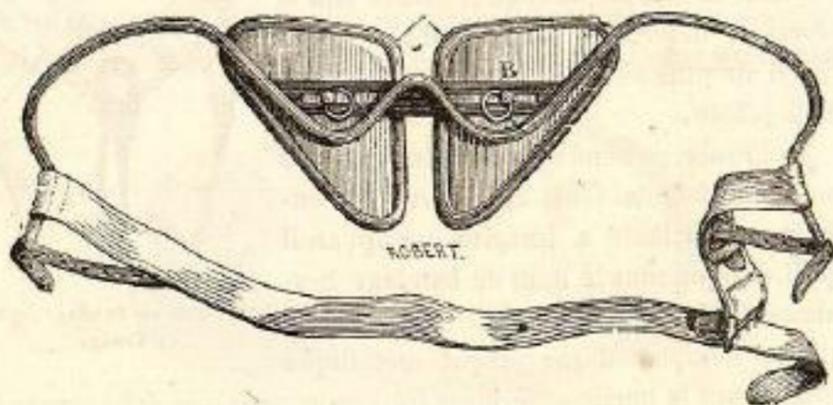


Fig. 329. — Bandage double de Dupré.

bures, une médiane à concavité inférieure et deux latérales à concavité supérieure (fig. 329).

Les pelotes sont fixées sur des lames fenêtrées, lesquelles font partie de l'appareil. Une vis qui passe à travers la fenêtre va s'engager dans un écrou attaché à l'écusson de la pelote que l'on peut ainsi faire pivoter sur son axe antéro-postérieur et arrêter sur tel ou tel point de la fenêtre.

Une lanière de cuir partant de chaque côté du bord inférieur de la ceinture postérieure va s'attacher à un bouton que présente la face externe de l'extrémité verticale de la tige et permet de faire basculer les pelotes.

La tige a des dimensions transversales telles que le point d'appui est pris sur les lombes et que les hanches échappent à la compression.

En somme, dans les cas ordinaires et chez l'adulte, le bandage français est préférable; pour les personnes qui exécutent des mouvements étendus des membres inférieurs, chez les cavaliers, par exemple, le bandage anglais vaut mieux, parce qu'il se déplace moins facilement. Dans les cas ordinaires, le bandage anglais a l'inconvénient d'avoir un ressort trop fort; il pourrait, à la rigueur, être mis en usage pour les hernies qui ont une très-grande tendance à sortir, mais ici le bandage de Dupré est préférable.

Pour les enfants, on pourra recourir aux appareils de Bourjeurd ou de Galante, mais un bandage à ressort métallique vaut tout autant, sinon mieux. La force du ressort doit naturellement être appropriée à la circonstance.

Pour les très-jeunes enfants chez lesquels la garniture du bandage serait rapidement détériorée par le contact des urines, il est bon d'employer des bandages recouverts d'un enduit analogue à celui qui entre dans la composition des sondes dites en gomme.

Quand le bandage est appliqué, il faut s'assurer qu'il contient bien la hernie pendant l'effort, dans toutes les positions possibles et surtout dans la position accroupie qui est la plus favorable à la protrusion des hernies inguinales et crurales.

Le bandage devra, autant que possible, être appliqué nuit et jour, ou tout au moins, si on le quitte la nuit, faudra-t-il avoir la précaution de le mettre avant de se lever.

Les hernies irréductibles et volumineuses seront soutenues avec un suspensoir.