

transsuder au travers de ses parois de la lymphe plastique, et qu'elle s'en remplit complètement au fur et à mesure que l'on fait écouler l'air qui la distend. La résorption s'empare ensuite de la portion la plus fluide de la lymphe, et il ne reste qu'un noyau dense et solide, qui ferme l'ouverture de la hernie. Ce procédé extrêmement ingénieux a parfaitement réussi sur un homme de cinquante-quatre ans, atteint d'une entérocele inguinale gauche; mais trois autres essais n'ont pas été aussi heureux, quoique la mort du seul des malades qui ait succombé ait moins dépendu de l'opération que de prédispositions fâcheuses. Belmas a tenté également l'emploi de fils de gélatine introduits dans le col du sac herniaire; mais ces procédés n'ont pas été adoptés.

13^e Procédé de Gerdy. Les viscères réduits, on invagine et l'on renverse la peau dans le canal de la hernie aussi haut que possible; on place ensuite deux points de suture enchevillée sur le cul-de-sac formé par la peau, afin de le fixer dans le canal herniaire. Cette partie de l'opération s'exécute à l'aide d'un instrument particulier formé d'une espèce de sonde à dard percée d'un chas *i j* (fig. 515) pour recevoir la ligature *h k*, et mobile dans une tige *m*, d'où l'on

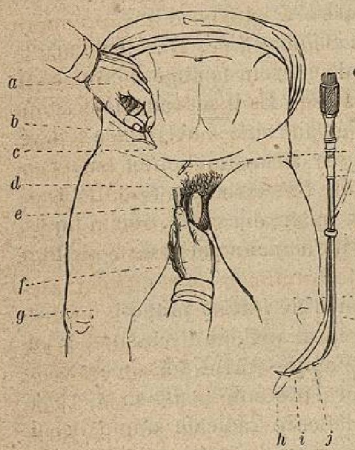


Fig. 515.

peut la faire sortir à volonté en pressant sur le manche *o* qui la supporte. Le dard étant rentré dans sa gouttière, on introduit l'instrument dans le cul-de-sac tégumentaire engagé dans le canal inguinal, et quand on est parvenu au-dessus de l'arcade crurale et en dehors de l'artère épigastrique, on pousse de la main droite *f* le dard *e*, qui entraîne la ligature *b*, dont se saisit la main gauche *a*; on dégage le fil et l'on retire l'instrument. Une autre ligature est placée en dedans de l'artère épigastrique *n*. En tirant sur les deux extrémités des fils laissés

en dehors, on maintient la peau retournée sur elle-même, jusqu'à la hauteur des points de suture, qui sont noués sur un morceau de sonde. Gerdy abandonnait dans cet état les parties pendant quatre ou cinq jours, ayant renoncé à enflammer avec de l'ammoniaque l'espèce de doigt de gant rentré, formé par la peau. Des adhérences s'établissent entre les parties mises en rapport et sou-

tenues par une compression méthodique, et l'anneau herniaire se trouve oblitéré par le bouchon cutané qu'on y a fixé. Telle était la première explication de notre savant collègue; mais les faits sont venus démontrer que la portion retournée sur elle-même s'atrophiait et disparaissait, ou que, dans le plus grand nombre des cas, l'invagination ne se maintenait pas. Les succès annoncés ont été dès lors expliqués par des épanchements plastiques et des adhérences de même nature.

Une des difficultés du procédé est d'éviter la blessure des viscères, qui ont quelquefois une grande tendance à se déplacer, et celle du cordon testiculaire.

Si le sac herniaire est adhérent, la hernie ancienne, directe et l'anneau très-dilaté, l'opération a peu de chances de succès. Dans les onze premières observations de Gerdy, un seul des malades mourut; un second eut un érysipèle scrotal et un vaste abcès dans le tissu cellulaire des parois abdominales et de la fosse iliaque; trois virent leur hernie se reproduire avant leur sortie de l'hôpital; cinq paraissaient guéris, bien qu'ils n'eussent pas quitté leur bandage; le dernier était encore en traitement. Gerdy a présenté depuis plusieurs malades parfaitement guéris: l'un d'eux avait été atteint d'une hernie à droite, et opéré à gauche d'une première hernie, qui n'avait pas récidivé. M. Sédillot a pratiqué trois fois le procédé de Gerdy. La première fois sur un homme de quarante ans, chez lequel la hernie se reproduisit. Dans le second cas, un étudiant en médecine parut guéri pendant cinq mois, mais la hernie reparut à la suite d'une chute sur un escalier. La troisième opération fut faite sur un jeune enfant: les cris ramenèrent la hernie, malgré la constriction des deux ligatures, qui furent enlevées au bout de deux heures, en raison de la douleur persistante qu'elles produisaient: une péritonite purulente entraîna la mort en quarante-huit heures, sans qu'aucun viscère eût été lésé, comme le prouva l'autopsie. Ces faits l'ont décidé à renoncer définitivement à toute nouvelle tentative d'une opération si grave et si rarement efficace.

Gerdy avait eu recours, dans les dernières années de sa vie, à une pince engageante destinée, comme celle de Breschet pour la varicocèle, à mortifier les parties comprimées dans l'intervalle de ses branches, mais il n'avait pas été plus heureux.

14^e Procédé de M. Valette (de Lyon). Une cheville d'ébène, creuse, du volume du doigt, sert à refouler la peau du scrotum dans le canal inguinal, et y est maintenue au moyen d'une aiguille courbe, que l'on introduit par la cavité centrale de la cheville, et qui traverse le cul-de-sac tégumentaire de la paroi abdominale, au niveau de l'orifice supérieur du canal herniaire.

L'extrémité de l'aiguille, saillante au dehors, concourt à soutenir et à fixer une lame métallique, percée d'une fenêtre longitudinale et disposée de manière à se visser, par un écrou, sur la portion de la cheville restée en dehors du point où la peau a été invaginée. L'écrou ayant été serré pour comprimer les tissus compris entre la cheville de bois et la plaque métallique, on charge de pâte de Vienne la fenêtre de cette dernière, et l'on mortifie le double tégument adossé qui représente le trajet herniaire. On attend la chute de l'eschare pour enlever l'appareil, et la cicatrisation maintient les adhérences de la peau et prévient la récurrence de la hernie.

M. Valette a modifié son procédé de la manière suivante : un invaginateur d'ébène ou de buis, long de 0^m,10 à 0^m,14 et de grosseur variable, selon les cas, a l'une de ses extrémités *a* arrondie et garnie d'une virole métallique *c*. Celle-ci supporte une tige *b h* tournée en pas de vis *h* (fig. 516) pour recevoir deux écrous, qui

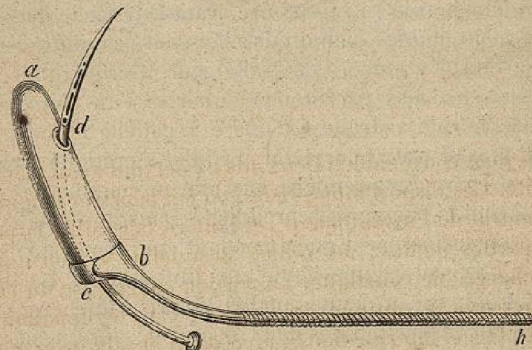


Fig. 516.

peuvent ainsi s'éloigner ou se rapprocher l'un de l'autre *a* (fig. 517), après avoir été vissés sur la tige. L'invaginateur est percé d'un canal *c d* pour le passage d'une grosse aiguille courbe creusée en gouttière (fig. 516). A chaque extrémité de cette dernière existe une ouverture, par laquelle on introduit un fil servant à fixer une petite bandelette de caustique (pâte de Canquoin) dans la gouttière.

Après qu'on a refoulé la peau dans le canal inguinal avec l'indicateur de la main gauche, on fait glisser le long de ce doigt un gorgere, puis l'invaginateur dans la gouttière du gorgere. Un aide saisit l'instrument et le maintient en place pendant qu'on s'occupe de le fixer d'une manière permanente avec une ceinture qui embrasse le bassin et est attachée supérieurement à des scapulaires et inférieurement à un cuissard. Cette ceinture supporte une lame

d'acier percée d'une fenêtre pour recevoir la tige *b* de l'invaginateur. Des articulations permettent de porter cette lame d'acier à droite ou à gauche, et de lui communiquer un mouvement de torsion ; des écrous *a* (fig. 517) l'assujettissent dans la position que le

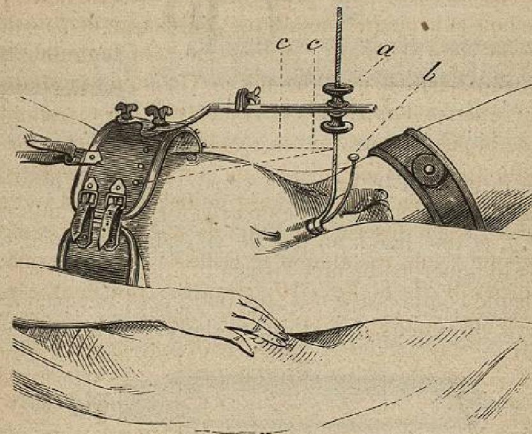


Fig. 517.

chirurgien juge convenable. Deux fils *c c* servent aussi à en assurer l'immobilité. Ces dispositions prises, on fait pénétrer l'aiguille dans le canal central de l'invaginateur, et l'on en fait saillir la pointe au delà des parties molles, au milieu desquelles se trouve placée la gouttière chargée de caustique. La portion supérieure du canal inguinal, ainsi que le sommet du doigt de gant tégumentaire invaginé, et les tissus intermédiaires à ce point et à la peau extérieure sont convertis en eschare. La suppuration s'établit, détermine des adhérences, et l'on enflamme par vésication l'intérieur de l'infundibulum cutané, si on le juge nécessaire. M. Valette a opéré huit malades sans accidents, et a publié deux observations de succès constatés au bout de sept mois et d'une année, temps, à notre avis, trop court pour affirmer un succès définitif.

15° Leroy d'Étiolles a présenté en 1835 une pince à branches concaves, dont l'une introduite dans le cul-de-sac formé par la peau invaginée jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal, et l'autre laissée libre au dehors, permettaient, au moyen d'un pas de vis, une compression assez forte pour déterminer une inflammation adhésive ou la gangrène des parties étreintes entre les mors de l'instrument.

16° Wurtzer est l'auteur d'un procédé qui a pour but de maintenir invariablement l'invagination de la peau dans le canal inguinal, jusqu'au moment où des adhérences solides en ont déterminé l'oblitération.