

ARTICLE VII

ENTÉROSTOMIE

Surmay (de Ham) qui l'a imaginée donne ce nom à une opération consistant à établir une fistule sur la dernière partie du duodenum dans les cas de cancer pylorique empêchant le passage des aliments.

Cette opération a été faite une fois par son auteur, elle a été suivie de mort. Je n'en comprends guère l'utilité. Presque aussi dangereuse que la résection stomacale, elle ne laisse aucune chance de guérison permanente. La gastrostomie pour cancer de l'œsophage, laisse du moins les aliments soumis à l'action de l'estomac; or comme la vie paraît déjà peu compatible avec l'absence complète et durable de l'action de la salive, il est fort à craindre que des aliments non soumis de plus à l'action du suc gastrique puissent suffire à entretenir une vie misérable et nécessairement fort limitée, puisque le cancer stomacal subsiste. Ici encore les risques opératoires sont hors de toute proportion avec les avantages que le malade pourrait retirer de l'opération.

ARTICLE VIII

DES HERNIES

Je traiterai d'abord, sous deux titres séparés, de la *hernie inguinale à l'état simple*, et de la *hernie inguinale étranglée*; j'étudierai ensuite la *hernie crurale* et la *hernie ombilicale*; et je ferai à part l'histoire de l'*anus contre nature*, qui provient le plus souvent des hernies étranglées.

I. — *Hernie inguinale à l'état simple.*

Anatomic. — Le canal inguinal est une sorte de trajet de 3 centimètres environ chez l'homme, où il donne passage au cordon spermatique; un peu plus long et beaucoup plus étroit chez la femme, où il est occupé par le ligament rond de l'utérus. Son orifice supérieur ou abdominal, répondant à peu près au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque du pubis, est cons-

titué par un prolongement du *fascia transversalis*, qui forme

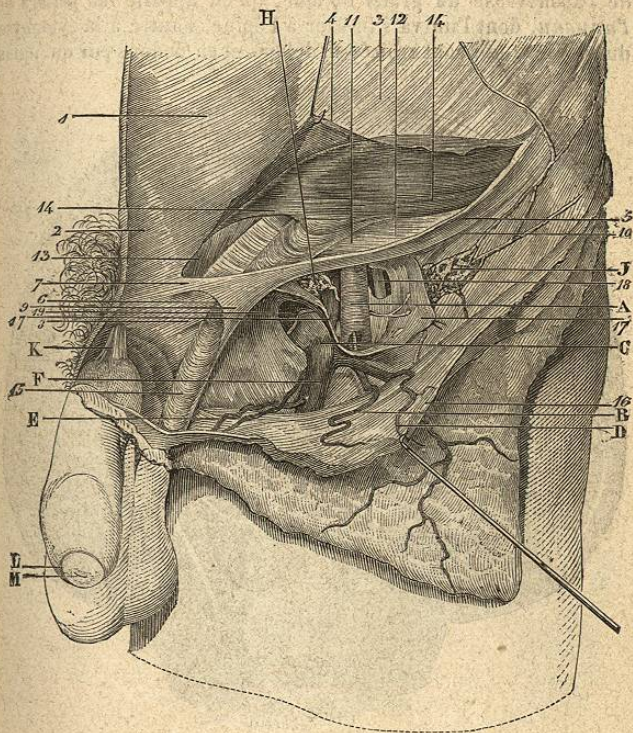


FIG. 581.

CANAL INGUINAL ET CANAL CRURAL (D'APRÈS BLANDIN).

1. Droit antérieur. — 2. Pyramidal. — 3. Aponévrose du grand oblique. — 4. Bord inférieur de cette aponévrose. — 5. Arcade crurale. — 6. Anneau inguinal. — 7. Son pilier interne. — 8. Pilier externe. — 9. Expansion fibreuse du cordon. — 10. Insertion de l'aponévrose fémorale sur l'arcade crurale. — 11. Insertion du fascia transversalis. — 12. Fascia transversalis. — 13. Son insertion sur la gaine du muscle droit. — 14. Petit oblique et transverse. — 15. Crémaster. — 16. Fascia superficialis. — 17. Aponévrose fémorale incisée. — 18. Nerf crural. — 19. Ouverture pour la veine saphène interne. — A, artère fémorale. — B, artère sous-cutanée abdominale. — C, veine fémorale. — D, veines tégum., abdominales. — E, veines génitales externes. — F, saphène interne. — J, H, ganglions lymphatiques. — K, ligament suspenseur de la verge.

une gaine au cordon spermatique; l'orifice inférieur ou l'anneau

inguinal, est formé par l'écartement de deux fortes bandelettes de l'aponévrose du grand oblique, qu'on appelle les *piliers de l'anneau*, dont l'un va s'insérer à l'épine, l'autre à la symphyse du pubis, et qui sont croisés en dehors et en dedans par quelques

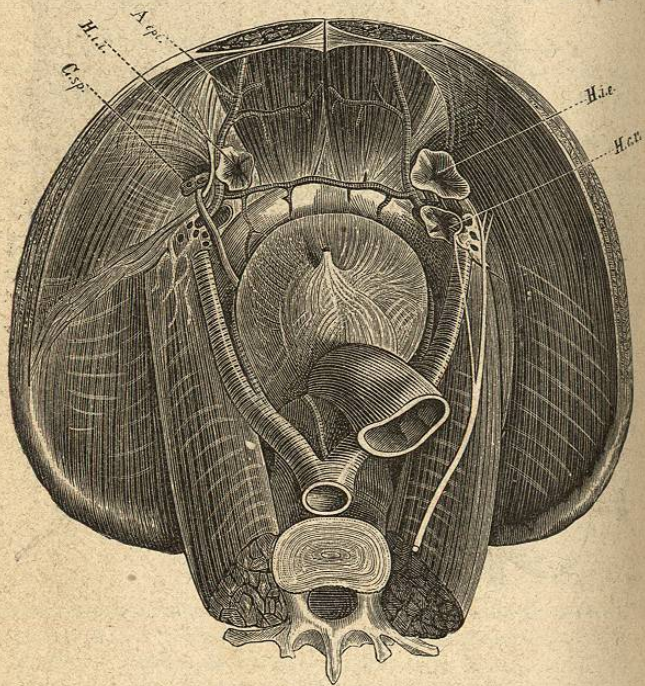


FIG. 582.

RAPPORTS PROFONDS DU COLLET DES SACS HERNIAIRES
D'APRÈS L'ATLAS DE PITHA ET BILLROTH.

H. i. i., hernie inguinale interne. — H. i. e., hernie inguinale externe. — H. c., hernie crurale. — A, epi, artère épigastrique. — C. sp., cordon spermatique.

fibres provenant de l'aponévrose du côté opposé. Le côté interne de l'anneau est à 23 millimètres environ de la symphyse pubienne; son grand diamètre est parallèle à l'arcade crurale, et conséquemment dirigé en haut et en dehors (fig. 581).

Le canal suit à peu près la même direction que l'arcade crurale, dont son orifice supérieur est cependant un peu plus éloigné

que l'autre. On lui distingue quatre parois : l'antérieure, formée par l'aponévrose du grand oblique; la postérieure, constituée par le *fascia transversalis*, très fort dans cet endroit; l'inférieure offre une espèce de gouttière qui résulte de la réunion de

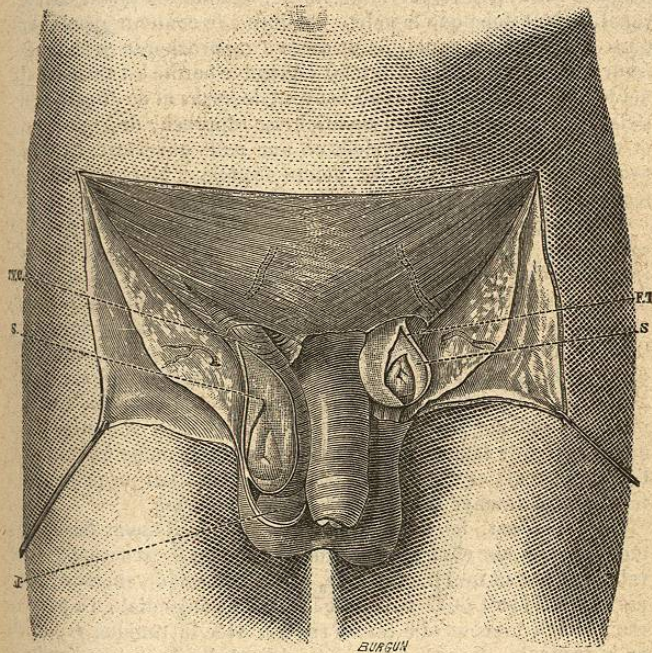


FIG. 583.

HERNIES INGUINALES (D'APRÈS PITHA ET BILLROTH).

A gauche, bubonocèle. — A droite, oschéocèle. — F. T. fascia transversalis. — S. sac herniaire. — E. V. C. enveloppe commune du cordon et des testicules. — T. testicule.

l'aponévrose du grand oblique en avant avec le *fascia transversalis* en arrière, et dont la saillie extérieure n'est autre que le ligament de Poupart. La paroi supérieure, à la rigueur, n'existe point; elle est représentée par le bord inférieur du petit oblique, mais cette disposition n'est pas constante. Quelquefois le cordon

spermatique traverse les fibres du muscle petit oblique, qui concourent ainsi à lui former une enveloppe complète, plus rarement le muscle transverse.

L'anneau inguinal et la paroi antérieure sont recouverts par la *fascia superficialis* et par la peau; l'orifice supérieur et la face postérieure sont tapissés par le péritoine. Quand la hernie a suivi le canal, il faut donc que la pelote destinée à le contenir appuie sur toute l'étendue du canal, de manière à rapprocher la paroi antérieure de la postérieure. Toutefois, quand la hernie est ancienne et volumineuse, le canal change souvent de forme et de direction; il s'élargit beaucoup; l'orifice supérieur se rapproche de l'inférieur, et quelquefois ils se confondent en une seule ouverture, le canal ayant totalement disparu. La pelote s'applique alors essentiellement sur cette ouverture.

La hernie inguinale présente quatre degrés, savoir: la *pointe*, quand elle commence à dilater l'orifice supérieur; la *hernie interstitielle*, encore enfermée dans le canal; le *bubonocèle* faisant saillie au dehors de l'anneau inguinal; et enfin l'*oschéocèle* ou *hernie scrotale*, quand elle est descendue dans le scrotum. Chez l'adulte, elle se compose en général d'un sac péritonéal, et d'une portion de l'épiploon ou du petit intestin. Le sac peut s'épaissir, se remplir de sérosité, contracter des adhérences; mais, ce qui est bien plus commun, son collet se rétrécit et devient avec le temps assez solide pour être le siège essentiel de l'étranglement; ce rétrécissement peut aller aussi jusqu'à l'oblitération, et amener la cure radicale de la hernie.

Chez l'enfant, le canal inguinal est naturellement beaucoup moins étendu que chez l'adulte; mais, de plus, il est occupé généralement par la tunique vaginale, qui communique encore avec le péritoine. Il suit de là aussi que la hernie congénitale n'a pas de sac spécial, mais qu'elle est en contact avec la tunique vaginale et le testicule; la cure radicale s'obtient d'ailleurs par l'oblitération du canal de communication.

Ces premiers détails anatomiques suffisent pour comprendre le traitement des hernies à l'état simple. Ce traitement est palliatif ou curatif.

I. TRAITEMENT PALLIATIF. — Il n'en est point d'autres que l'application d'un bandage. On en a indiqué de plusieurs matières et de plusieurs formes. Les principaux sont le bandage anglais et le bandage ancien ou bandage français, dont le ressort fait partie de la ceinture, et qui se distinguent surtout par la forme du ressort;

puis le bandage dit *franc-comtois*, où la ceinture est molle, et le ressort placé dans la pelote même. Le bandage imaginé par Dupré est formé d'un arc métallique antérieur auquel s'attachent les pelotes. Il appuie sur la hernie par la bascule que lui fait éprouver l'insertion de la ceinture aux deux leviers qui prolongent en bas les extrémités de la ceinture métallique antérieure. Aux ressorts des bandages anglais et français s'attachent des pelotes dures ou molles, d'ivoire, de bois, de crin, de caoutchouc, pleines ou con-

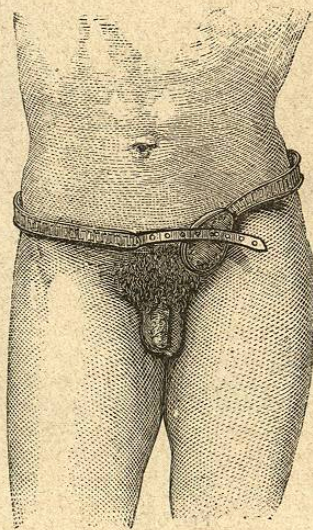


FIG. 584.

Bandage français.

tenant de l'air, fixes ou mobiles; et ces ressorts et ces pelotes ont encore subi une foule de modifications. Je me bornerai à rappeler ici les propositions suivantes:

- 1° En thèse générale, le ressort anglais est de beaucoup préférable au ressort ancien.
- 2° Les pelotes mobiles, dans un certain nombre de cas, ont des avantages réels sur les pelotes fixes.
- 3° Dans la hernie inguinale oblique, la pelote doit presser sur

le trajet du canal et sur ses deux orifices à la fois, en appuyant peu ou point sur le pubis, selon les cas.

4° Dans les hernies directes, la pelote doit être plus volumineuse, fixe, et appuyer sur le pubis.

5° Les pelotes dures conviennent mieux en général pour comprimer le canal, les pelotes molles pour les hernies directes.

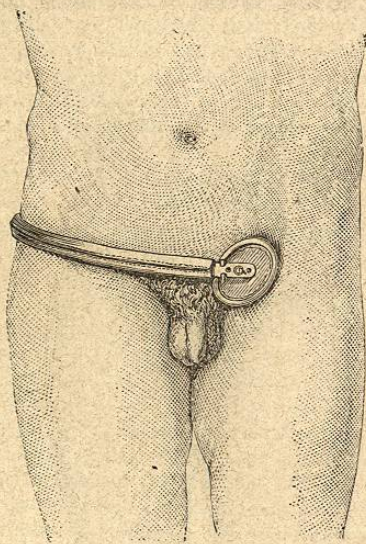


FIG. 585.

Bandage anglais. — Pelote antérieure.

Du reste, je ne saurais trop répéter combien il est urgent que les chirurgiens fixent d'une manière spéciale leur attention sur cette branche très importante de l'art, presque exclusivement abandonnée aux bandagistes et sur laquelle les chirurgiens sont trop fréquemment d'une inexpérience absolument regrettable. Il faut que le chirurgien sache étudier par lui-même et pour chaque malade la forme qu'il faut donner à la pelote, la forme et la force du ressort, son point d'application sur la pelote. Dans les cas difficiles, suivant l'exemple de Malgaigne, mon maître, je fais moi-même, avec un morceau de liège que je taille à la dimension

et dans la forme voulue un modèle de pelote, je l'essaye, en variant les points d'application du doigt figurant le ressort, et ce n'est qu'après avoir trouvé le moyen convenable de retenir la hernie que j'adresse le malade au bandagiste, qui ne fait qu'exécuter ce que le chirurgien lui a prescrit. C'est ainsi et ce n'est qu'ainsi qu'on peut obtenir des succès et qu'on peut rendre inutiles les opérations qui portent le nom trop souvent menteur de cure radicale.

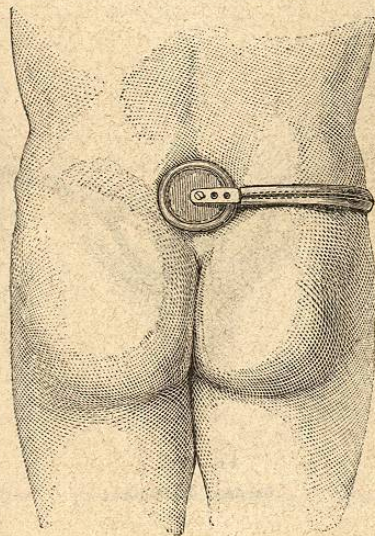


FIG. 586.

Bandage anglais. — Pelote postérieure.

II. CURE RADICALE. — De nombreux moyens ont été employés ; ils se rattachent tous cependant à deux idées ou deux méthodes : obtenir l'oblitération du sac, le supprimer. L'oblitération du sac s'obtient elle-même par deux méthodes : l'application des bandages, les opérations chirurgicales.

1° *Application des bandages.* Je pose d'abord ce principe dont une longue expérience m'a prouvé la vérité. On peut obtenir la

guérison complète, définitive, radicale par conséquent, de la hernie inguinale chez les enfants et chez les adultes jusqu'à l'âge de vingt ans. On peut, jusque vers l'âge de trente-six ans, avoir de grandes chances de réussir, mais la guérison n'a plus le même caractère de certitude. On peut également réussir, et même la guérison est plus prompte, chez un adulte, après la réduction par le taxis d'une hernie étranglée ou enflammée, attendu la présence de la lymphe coagulable sécrétée du fait même

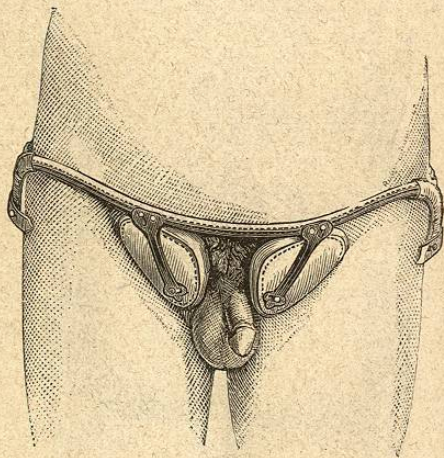


FIG. 587.

Bandage de Dupré.

de l'inflammation. Seulement il importe pour réussir que le canal n'ait pas été dilaté à l'excès par une très grosse hernie ou raccourci de manière à rapprocher et même à confondre les deux anneaux.

Le succès toutefois ne s'obtient que si le chirurgien sait prescrire le bandage approprié et que le malade ait la constance de le tenir appliqué jour et nuit pendant un espace de temps qui varie de six mois à deux ans. Passé ce temps extrême, il peut se contenter, pendant une année encore, et pour plus de sûreté, de ne porter le bandage que pendant le jour, après quoi il peut l'abandonner.

On obtient de cette façon la guérison des hernies même con-

génitales chez des sujets de vingt ans ; mais dans cette variété il se présente assez souvent une complication qui crée des difficultés assez grandes. S'il y a ectopie testiculaire, que le testicule soit dans le canal ou à l'anneau, mais pouvant être refoulé dans le canal ou dans le ventre, on peut, par un bandage, obtenir la guérison : mais on a le grave inconvénient d'une cryptorchidie. En pareille circonstance, après avoir exposé aux parents de l'enfant la situation et ses résultats, on recherche

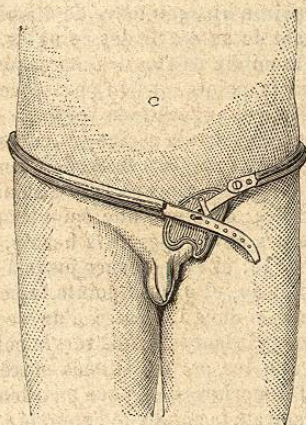


FIG. 588.

Pelote échancrée. — Testicule retenu à l'anneau.

la cure radicale ou on abandonne les choses à elles-mêmes, dans l'espoir possible que si une hernie se produit, elle pourra amener une suffisante descente du testicule pour qu'on puisse appliquer un bandage approprié. Si le testicule, sans être descendu dans le scrotum, peut être isolé de l'anneau, il faut engager la mère ou la nourrice à exercer une ou plusieurs fois par jour, avec les doigts portés en arrière du testicule, une légère traction qui peut amener la descente de cet organe. Dans ces conditions, un bandage peut être appliqué, mais la pelote doit présenter une disposition particulière. Elle doit porter au point convenable une échancre pour donner place au testicule en évitant toute pression sur cet organe.

2° *Oblitération du sac par une opération.* On a essayé, pour déterminer dans le canal une inflammation adhésive, les injections iodées, les scarifications; ces procédés fort dangereux sont à peu près universellement rejetés. Bonnet (de Lyon) a essayé de provoquer l'oblitération en amenant l'inflammation par la présence d'épingles et l'adhésion par le rapprochement des parois du sac.

Procédé de Bonnet. — Les objets que nécessite ce procédé sont : 1° trois ou quatre épingles ordinaires, longues de 4 centimètres; 2° un nombre double de morceaux de liège, taillés en demi-sphères, d'environ un centimètre de diamètre; 3° une pince à mors ronds. Avant de se servir des épingles, on fait traverser à chacune d'elles le milieu de l'un des morceaux de liège, la convexité tournée vers la pointe, et l'on pousse ce liège jusqu'à la tête de l'épingle, dont il augmente le volume.

La hernie réduite, on saisit la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau, et l'on place le cordon dans le cercle formé par le pouce et l'indicateur gauches, les extrémités de ces doigts fortement rapprochées; on pique une épingle au-devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie, près du ligament suspenseur de la verge, et l'on enfonce jusqu'à ce que sa tête de liège appuie sur la peau, et que sa pointe fasse saillie en avant. Alors on passe celle-ci dans le centre d'un second morceau de liège, la face plate regardant cette fois vers la pointe; on le pousse assez avant pour que les parties situées entre les deux lièges soient légèrement comprimées, et, pour maintenir cette compression, on replie en spirale la pointe de l'épingle à l'aide de la pince.

La première épingle ainsi placée, on refoule le cordon entre elle et les extrémités du pouce et de l'indicateur gauches rapprochées; on pique, en suivant l'extrémité de ces doigts, une seconde épingle parallèle à la première, située de 12 à 15 millimètres plus en dehors, et fixée ensuite avec les mêmes précautions. Le cordon se trouve ainsi placé entre la première et la deuxième épingle. Mais si, par la pression de la hernie, les vaisseaux et les nerfs qui le composent avaient été séparés et dispersés, et ne pouvaient pas tous être ramenés dans cet intervalle, on placerait ce qui en resterait entre la deuxième et une troisième épingle, enfoncée aussi de 12 à 15 millimètres en dehors de la précédente.

La douleur et l'inflammation se développent en général vers le quatrième jour; du sixième au douzième jour, on retire les épingles, lorsque l'inflammation est assez vive, et que leur tête postérieure

commence à ulcérer la peau. Trois semaines ou un mois suffisent à oblitérer l'anneau inguinal.

Mosner a eu l'idée plus hasardeuse encore de provoquer dans le canal une inflammation suppurative en y plaçant un petit séton, qui devra rester en place durant quinze à vingt jours. Ce procédé, quant à la manœuvre, n'est pas autre chose que le premier temps du procédé de Gerdy. Mais celui-ci avait un autre but; il voulait obturer le canal par un bouchon de téguments et de tissu cellulaire emprunté au scrotum.

Procédé de Gerdy. — Les instruments nécessaires sont : 1° une aiguille courbe, percée d'un chas à son extrémité, montée sur un manche fixe et solide; 2° six tuyaux de plume ou de sonde pour la suture enchevillée; 3° un flacon d'ammoniaque concentrée, et un pinceau pour porter le caustique; 4° six ligatures doubles.

Le malade couché, le chirurgien porte l'indicateur gauche sur la face antérieure du scrotum à sa racine, refoule la peau de bas en haut jusque dans l'anneau et le canal inguinal aussi loin que possible, en laissant en arrière le cordon spermatique. L'aiguille, armée d'un fil double, est alors dirigée sur l'indicateur jusqu'au fond de cette espèce de cul-de-sac; puis par un mouvement de bascule, on en fait sortir la pointe en avant, de manière à traverser à la fois la peau retournée, la paroi antérieure du canal et la peau de la paroi abdominale. Dès que le chas se montre au dehors, on en dégage une extrémité de la ligature, et l'on retire l'aiguille, qui demeure enfilée à l'autre extrémité. Elle est replongée à travers les mêmes tissus, de manière à sortir à 12 millimètres environ de sa première issue, et l'on dégage de même la seconde extrémité du lien.

Alors le cul-de-sac formé par la peau du scrotum retournée est retenu par une anse de fil dans le canal où le doigt l'avait poussé. On dédouble les fils à l'extérieur; on lie ceux d'un côté sur un petit tuyau de plume de 12 millimètres de longueur, ceux de l'autre sur un second tuyau, et l'on obtient ainsi un premier point de suture enchevillée. Deux autres points de suture sont pratiqués de la même manière, l'un au côté interne, l'autre au côté externe du premier, à une distance toujours au moins de 12 millimètres.

Cela fait, le chirurgien trempe le pinceau dans l'ammoniaque concentrée, porte le caustique au fond du cul-de-sac formé par la peau scrotale, et réitère cette introduction jusqu'à ce que l'épiderme soit détruit dans toute l'étendue du cul-de-sac. L'inflammation s'empare de cette peau dénudée; ses deux surfaces en contact suppurent et finissent par adhérer l'une à l'autre, ce qui a

lieu vers le sixième ou le huitième jour environ; on retire les fils des points de suture, et l'on suppose que le canal est oblitéré.

Ce procédé ne tient pas ce qu'il promet; le bouchon pénètre à peine au delà de l'anneau extérieur, et, sans l'inflammation qui se propage quelquefois plus loin, il ne ferait que transformer une hernie inguinale externe en hernie interstitielle. Valette (de Lyon) y a joint la cautérisation de la paroi antérieure du canal.

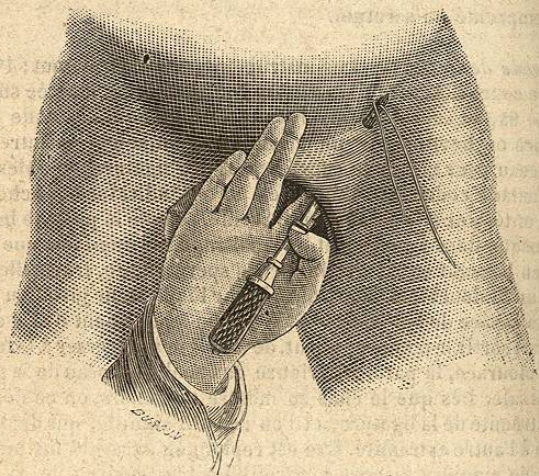


FIG. 589.

Cure radicale. — Procédé de Gerdy.

Procédé de Valette. — Il commence par refouler la peau du scrotum dans le canal inguinal à l'aide d'une cheville d'ébène du volume du doigt. Cet embout est creusé d'un canal par lequel on glisse une aiguille courbe qui traverse, de dedans en dehors, la paroi antérieure du canal et les téguments. On laisse en place l'aiguille ainsi sortie, elle doit servir à fixer l'extrémité d'une plaque métallique percée d'une fenêtre, et dont l'autre extrémité se visse sur la portion de l'embout restée en dehors. Cette plaque bien serrée, on comprend que la fenêtre dont elle est percée circonscrit une portion déterminée de la paroi antérieure du canal; on applique la pâte de chlorure de zinc sur tout cet espace, et les bords de la fenêtre préservent contre le caustique les

parties voisines. La cautérisation doit être assez profonde pour détruire à la fois la paroi antérieure du canal et la peau du scrotum qui a été refoulée dans son intérieur. A la chute de l'eschare, qui arrive du septième au dixième jour, on enlève l'appareil; des adhérences très fortes retiennent les parties en place, et le canal est bouché par le tissu inodulaire et la peau du scrotum.

Ce procédé doit réussir plus souvent que les autres; mais il opère un énorme dégât, laisse une cicatrice difforme, et ne garantit même pas sûrement la cure radicale.

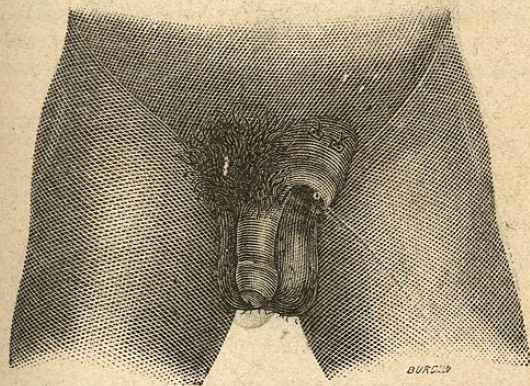


FIG. 590.

Cure radicale. — Procédé de Gerdy.

Procédé de Wurtzer. — Wurtzer de Bonn en 1838 a imaginé un procédé analogue à celui de Valette. Il consiste à invaginer le scrotum dans le trajet du sac herniaire, et à remplacer le doigt par un cylindre de bois percé d'un canal central, qui s'ouvre latéralement par un orifice situé près de l'extrémité arrondie de l'instrument. A l'autre extrémité le canal est central et peut donner entrée à une aiguille supportée par un manche. Un peu en avant et du côté où s'ouvre le canal central, une tige munie d'un pas de vis peut recevoir un écrou.

L'invaginateur étant introduit, on applique sur la peau une gouttière de bois ou d'ivoire percée de deux trous et munie vers son talon d'un appendice qui s'engage dans la fente de la plaque