

dont nous avons parlé roudront les récides de hernie moins communes. Pour Gosselin cette récide était constante, et on peut citer avec lui des cas d'étranglement récivé.

B. — *Des pseudo-étranglements.*

On étudie encore aujourd'hui deux variétés de pseudo-étranglements, l'engouement herniaire et l'inflammation herniaire. — Leur intérêt est surtout historique; nous nous sommes suffisamment étendus sur ce chapitre pour n'avoir plus à y revenir; nous nous bornerons donc à étudier rapidement les rares types cliniques auxquels conviennent ces deux appellations.

1° *De l'engouement herniaire.* — La meilleure définition qu'on en puisse donner est celle de Broca : *L'engouement herniaire est cet état particulier des hernies, dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée, de manière à y intercepter le passage et à déterminer des accidents.*

L'engouement n'est plus guère admis de nos jours que comme élément secondaire d'étranglement; avec Berger et Duplay il convient d'y faire rentrer les accidents déterminés par la présence de corps étrangers dans l'anse herniée. Ce sont des os de pied de mouton (J.-L. Petit, Farcy); des amas de lombrics (Mercier, Broca); des noyaux de fruits (J.-L. Petit, Igonnet); un pied d'alouette (Hévin); une épingle, un épi de blé, etc.

L'engouement herniaire ne doit être admis que sur des preuves anatomiques; or ces preuves sont très rares. On en trouve quelques exemples dans les thèses de Broca et de Nicaise; presque toujours c'était une hernie du gros intestin qui présentait ces phénomènes.

On voit dès lors que l'*engouement herniaire* ne doit pas entrer en ligne de compte dans le diagnostic des complications herniaires, et en présence d'un cas probable de ce genre, le parti le plus sage serait évidemment de le considérer comme une première phase de l'étranglement et de le traiter comme tel.

2° *De l'inflammation herniaire.* — Ainsi que le professeur Gosselin l'a très bien démontré, si la théorie de l'*inflammation herniaire* telle qu'elle a été émise par Malgaigne et Broca, repose sur des faits incontestables, elle conduit d'autre part, dans certains

faits, à une abstention thérapeutique qui a les conséquences les plus funestes. — A quels cas faut-il donc réserver cette interprétation clinique? — Malgaigne et Broca l'appliquaient à un bon nombre d'accidents de grosses hernies, anciennes, irréductibles, observées chez des vieillards, à la suite d'écarts de régime. Gosselin a bien montré que la seule catégorie d'accidents auxquels elle convenait, devait être bornée aux épilocèles et à quelques vieilles hernies irréductibles par adhérences, auxquelles il faut joindre les appendicites herniaires. Tous les autres faits doivent être considérés comme des étranglements peu serrés.

Dans les limites étroites que nous venons de tracer, les lésions observées sont celles d'une péritonite du sac avec ou sans épanchement, injection et œdème de l'intestin, péritonite pouvant évoluer d'une manière plus ou moins aiguë, présenter même tous les caractères d'un phlegmon du sac (Berger) ou bien marcher plus lentement et se terminer par la formation de nouvelles adhérences.

Cliniquement, chez des vieillards porteurs de grosses hernies épiploïques ou entéro-épiploïques, la tumeur devient douloureuse à la suite d'un écart de régime; elle est un peu tendue, et reste partiellement réductible; le sac peut renfermer du liquide, même du pus; le malade vomit, mais la constipation n'est pas absolue; l'état général n'est pas très grave; en somme, les accidents n'offrent pas d'indication opératoire urgente; le malade est laissé au repos, la tumeur recouverte de compresses résolutive, et au bout de quelques jours les accidents tombent, au lieu d'aller en s'aggravant.

Mais il ne faut pas oublier que les accidents d'étranglement ont souvent au début cette allure lente, et nous ne saurions trop répéter en pareille circonstance que dans le doute c'est à l'intervention active qu'il faut recourir, puisque cette intervention n'est pas dangereuse, avec les méthodes actuelles de pansement, et puisque, seule, elle permet de lever un étranglement peu serré et méconnu.

L'*appendicite herniaire*, signalée depuis longtemps, a été très étudiée dans ces dernières années, en particulier dans les thèses de Rivet, de Sauvage, de Bariéty et de Briançon. A part les cas exceptionnels où elle résulte de la présence de corps étrangers, ou d'un étranglement du diverticule, elle se produit presque toujours par un processus semblable à celui qui atteint si souvent l'appendice dans l'abdomen. Si l'appendice est seul contenu dans la hernie, on assiste

au développement d'un abcès stercoral; dans le cas contraire, c'est une véritable péritonite herniaire qui peut aboutir à un phlegmon gangréneux du scrotum ou se propager à la grande séreuse abdominale.

3° *Occlusions intestinales siégeant dans l'intérieur du sac herniaire.* — On voit assez souvent l'intestin compris dans une hernie, être le siège d'un véritable étranglement interne, indépendamment de l'anneau herniaire et du collet du sac, par suite de :

- a. Volvulus;
- b. Coudure brusque par adhérences et formation d'un éperon;
- c. Brides saillantes dans le sac herniaire;
- d. Étranglement par l'épiploon.
- e. Diverticule de l'intestin qui s'est enroulé autour d'une ans comprise dans une hernie;
- f. Resserrement de la cavité dû à un diaphragme ou à un repl valvulaire ou semi-lunaire;
- g. Passage de l'intestin à travers une rupture du sac herniaire.

Ces occlusions intestinales sont justiciables du même traitement que l'étranglement. (Berger.)

CHAPITRE IV

ANUS CONTRE NATURE

L'ouverture anormale de l'intestin permettant l'issue constante et à peu près totale des matières fécales s'appelle *anus contre nature*.

Lorsque l'ouverture est étroite et l'issue des matières peu considérable, on dit qu'il y a *fistule stercorale*.

L'anus contre nature était autrefois la terminaison — relativement heureuse — d'un bon nombre de hernies étranglées. Grâce à la diffusion des connaissances chirurgicales, peu de hernies sont maintenant abandonnées à elles-mêmes. On observe donc moins d'anus contre nature qu'autrefois. Cette affection doit pourtant être décrite ici à titre de complication des hernies en général.

L'anus contre nature n'est pourtant pas toujours lié à la hernie étranglée. On distingue en effet :

1° *Un anus contre nature congénital*, dont l'étude doit être rejetée aux vices de conformation de l'anus;

2° *Un anus contre nature artificiel ou chirurgical*, qui ne doit pas nous occuper;

3° Un anus contre nature *accidentel*, qui seul nous intéresse.

Étiologie. — Les lésions accidentelles qui amènent la formation d'un anus contre nature sont de deux ordres.

1° Le plus fréquemment, ce sont les *lésions pathologiques de l'étranglement herniaire* : gangrène et perforation de l'intestin. Certaines variétés d'occlusion intestinale peuvent en être rapprochées. — Quant aux autres ulcérations intestinales, elles produisent plutôt des fistules stercorales que des anus contre nature.

2° Ce sont, en second lieu, des *lésions traumatiques de l'intestin*; contusions, plaies portant soit sur une anse intestinale libre, en situation normale, soit sur une anse herniée; dans ce cas, le traumatisme peut provenir d'un accident, résulter d'une aberration mentale du blessé ou de la maladresse du chirurgien.

Mais dans un cas comme dans l'autre, il faut de toute nécessité que l'épanchement soit précédé ou suivi de la *formation d'adhérences solides*. Ce travail, on le comprend facilement, trouve dans l'étranglement lui-même des conditions essentiellement favorables; il en est à peu près de même lorsque la plaie intestinale s'accompagne de la hernie traumatique de l'anse lésée.

Scarpa a montré depuis longtemps que la guérison spontanée était plus facile, quand l'anus contre nature était d'origine pathologique.

Anatomie pathologique. — L'anus contre nature offre à étudier : 1° *un orifice cutané*; 2° *un orifice intestinal*; 3° *un trajet intermédiaire*.

1° *Orifice cutané.* — a. *Siège.* Régions herniaires dans les cas pathologiques; paroi antéro-latérale dans les cas traumatiques. — b. *Forme.* Très variable, en général plus ou moins irrégulièrement arrondie. — c. Les *dimensions* doivent permettre l'introduction du petit doigt; au-dessous, on n'a plus qu'une fistule stercorale. — d. *Aspect.* L'ouverture cutanée se présente sous l'aspect d'un orifice plus ou moins déprimé, entouré d'une peau épaissie, froncée, érythémateuse, excoriée; elle forme quelquefois une sorte d'entonnoir dont la base est tournée à l'extérieur : c'est l'*infundibulum cicatriciel* de Foucher. Au centre de cette dépression s'ouvre l'anus