

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

anormal dont la muqueuse vraie ou fausse fait une saillie variable d'un rouge vif.

2° *Trajet intermédiaire*. — A l'ouverture cutanée fait suite un trajet intermédiaire fort variable lui-même, tantôt presque nul, tantôt considérable, quelquefois simple, quelquefois double, généralement perpendiculaire aux téguments, parfois oblique, à la suite de hernies inguinales par exemple.

Sa partie la plus importante est un entonnoir dont le sommet répond à l'ouverture cutanée, dont la base est constituée par l'orifice intestinal. Cet entonnoir constitue un véritable cloaque intermédiaire, formé vraisemblablement tout à la fois par les débris du sac, des fausses membranes (Scarpa), l'intestin (Malgaigne). — C'est l'*infundibulum* ou *entonnoir membraneux*, si bien décrit par Scarpa (*imbuto-membranoso*). — Mais ce trajet n'existe pas toujours, il est ordinairement d'autant plus développé que l'*éperon* l'est moins.

Le revêtement du trajet est représenté, soit par une véritable muqueuse qui vient se confondre avec la peau au pourtour de l'orifice extérieur (fistule labiée), soit, en partie au moins, par une membrane bourgeonnante, à tendance cicatricielle (fistule tubulaire).

3° *Orifice intestinal*. — L'ouverture de l'intestin se présente sous deux aspects principaux fort différents.

Premier cas : la perte de substance intestinale est peu étendue, l'anse intestinale reste sensiblement parallèle à la paroi, un infundibulum très marqué existe entre l'orifice intestinal et l'orifice cutané : c'est l'*anus contre nature sans éperon*.

Deuxième cas : la perte de substance de l'intestin est très étendue, l'anse intestinale se coude, les deux bouts viennent s'accoler pour ainsi dire l'un à l'autre, comme les deux canons d'un fusil, et on aperçoit, au fond de l'orifice cutané, les deux orifices de l'intestin séparés par une sorte de cloison verticale extrêmement importante : *promontoire* de Scarpa, *éperon* de Desault et Dupuytren. — Cet éperon mesure rarement moins de 6 à 8 centimètres, se prolonge quelquefois jusqu'à l'orifice cutané et ne tarde pas à être refoulé par les matières, de telle sorte qu'il vient obstruer le bout inférieur.

L'*anus contre nature avec éperon* constitue donc une seconde variété plus importante que la première; nous verrons plus loin les indications thérapeutiques qui résultent de cette disposition.

Le bout supérieur de l'intestin se dilate beaucoup; le bout infé-

rieur diminue d'autant plus qu'il y passe moins de matières; on ne l'a cependant trouvé que très-rarement complètement oblitéré. — Legendre a signalé l'hypertrophie musculaire du bout supérieur.

Enfin le mésentère, tirailé par l'accolement de l'intestin à l'ouverture cutanée, ne tarde pas à réagir; il s'indure, se rétracte et contribue ainsi à effacer l'éperon. C'est un des mécanismes de la guérison spontanée. Il forme la *corde mésentérique* de Dupuytren.

A côté de ces deux grandes variétés, basées sur la disposition de l'orifice intestinal, il y a place pour nombre d'intermédiaires; dans une variété curieuse, on a vu le bout supérieur venir seul s'ouvrir à la peau, le bout inférieur oblitéré restant à distance (Velpeau).

Symptômes et diagnostic. — A la suite d'un traumatisme, l'intestin ouvert laisse immédiatement échapper les matières qu'il renferme. Les phénomènes locaux et généraux sont ceux des plaies de l'abdomen. Lorsque l'épanchement se fait à la suite d'un étranglement herniaire, les symptômes déjà si graves de la gangrène et de la perforation intestinale s'accroissent encore; ils prennent le caractère cholériforme des grandes diarrhées au moment où l'abcès stercoral s'ouvre à la peau, ce qui se produit souvent par la chute d'une plaque de sphacèle plus ou moins étendue.

Cet état persiste vingt-quatre à trente-six heures; puis, si le malade se relève, la réaction survient; des nausées, des vomissements, du ballonnement du ventre, des douleurs abdominales indiquent l'établissement des adhérences péritonéales; bientôt l'état général devient moins inquiétant; l'anus contre nature est constitué.

On constate tous les caractères physiques énumérés plus haut, mais l'exploration digitale doit être retardée le plus possible pour ne pas détacher des adhérences encore molles.

Les signes fonctionnels suffisent d'ailleurs à établir le diagnostic d'une manière indiscutable.

L'orifice anormal excrète, d'une manière presque continue, les matières intestinales plus ou moins digérées, liquides, jaunâtres ou verdâtres; par là encore s'échappent les gaz intestinaux. L'écoulement des matières est plus abondant après le repas, après l'ingestion des liquides; les végétaux se présentent plus vite que la viande. L'état de digestion plus ou moins avancée des aliments, la manière dont s'effectue la nutrition, l'état de la santé générale, permettent de

dire approximativement à quelle hauteur siège la lésion, et donnent par conséquent des indications précieuses pour le traitement.

Quelquefois les selles sont complètement supprimées par le bout inférieur, quelques mucosités seules s'échappent par l'anus vrai; d'autres fois une partie des matières contourne l'éperon et suit le bout inférieur, c'est là un symptôme d'un bon pronostic, surtout s'il s'accroît de jour en jour; il est l'indice d'une tendance heureuse à la guérison spontanée; dans la variété sans éperon, la circulation des matières est troublée pendant très peu de temps.

Le rétablissement du cours normal des matières s'effectue parfois dès le troisième ou le quatrième jour; l'orifice tend dès lors à se rétrécir beaucoup; il se transforme en *fistule stercorale*: quelquefois la guérison finit par se compléter.

Mécanisme de la guérison spontanée. — Scarpa a bien montré que la guérison spontanée ne s'effectuait pas par rapprochement des parois de l'intestin, mais par le développement et l'utilisation, pour le cours des matières, d'une cavité intermédiaire, cet entonnoir membraneux sur lequel il insiste si longuement.

1° *L'agrandissement de l'entonnoir*, voilà donc le point important du mécanisme de la guérison spontanée; c'est parce que cet entonnoir n'existe pas, du moins au début, dans les anus contre nature avec éperon, que cette variété anatomique a si peu de tendance à la guérison spontanée.

2° Il convient d'y ajouter *le retrait progressif de l'intestin dans la cavité abdominale*, favorisé par les contractions intestinales, la pression des matières contre l'éperon, la traction du mésentère (Dupuytren), enfin l'extensibilité du tissu cellulaire unissant le sac aux parties voisines (Scarpa). C'est pour ce dernier motif que la guérison spontanée serait plus fréquente à la suite d'étranglement herniaire.

3° *Le resserrement de l'orifice extérieur* ne joue qu'un rôle accessoire; il tend d'autant plus à se produire que les matières tendent moins à sortir par l'orifice anormal.

Complications. — Les excoriations, érythèmes, érysipèles ne méritent qu'une simple mention. Le resserrement prématuré de l'orifice extérieur peut déterminer l'*infiltration* d'une certaine quantité de *matières intestinales* dans l'épaisseur des parois de l'abdomen: de là des *abcès stercoraux*, des *fistules stercorales* multiples dont la suppuration épuise le malade.

Les deux grandes complications sont :

1° *L'engorgement de l'entonnoir membraneux*. A la suite d'écartés de régime, d'un resserrement trop rapide de l'orifice cutané, on voit survenir des accidents graves fort comparables à ceux de l'obstruction intestinale, de la tympanite, des nausées, des vomissements bilieux, même fécaloïdes.

La pression des matières ne tarde pas à provoquer une débâcle à la suite de laquelle tout rentre dans l'ordre; mais dans d'autres cas les adhérences péritonéales se déchirent, d'où l'apparition d'une péritonite suraiguë. On trouvera longuement décrits dans Scarpa les conseils de prudence thérapeutique et alimentaire que lui suggérait déjà la crainte de cet accident.

2° *Le renversement ou le prolapsus de la muqueuse intestinale*, parfois même l'*invagination complète* par l'orifice extérieur. Ces accidents ont été surtout bien étudiés par Lecat et Sabatier. On voit sortir par l'anus anormal une masse molle, fongueuse, d'un rouge framboisé qui n'est autre que la muqueuse intestinale en prolapsus. Au début, ce prolapsus est réductible; plus tard il cesse de l'être.

D'autres fois les mouvements vermiculaires dont est animé ce fongus ne permettent pas de douter que tout l'intestin ne soit en prolapsus, qu'il n'y ait là une invagination complète par l'orifice cutané. Ainsi que l'a montré Dupuytren, c'est le plus souvent le bout supérieur qui s'invagine ainsi; quelquefois le bout inférieur (Royer); quelquefois les deux; rarement l'invagination est considérable; elle devient rapidement irréductible.

Le diagnostic de l'anus contre nature n'est pas difficile; de ses complications, l'engorgement de l'infundibulum expose seul à quelque erreur: l'administration d'un purgatif, la manière dont s'effectue l'excrétion anormale, au besoin l'agrandissement de l'ouverture cutanée, le curage de l'entonnoir, lèveront rapidement tous les doutes.

Quant au diagnostic de la variété anatomique, nous avons dit qu'il ne devait pas être tenté avant un mois ou deux; l'abondance ou la rareté des selles normales, l'exploration digitale ou avec les sondes des deux bouts de l'intestin, celles des fistules voisines, les lavements de lait pour reconnaître le bout inférieur si les matières n'y pénètrent pas du tout, telles sont les explorations les plus utiles.

Pronostic. — Inutile de dire à quel point le pronostic de l'anus contre nature est sérieux, même après que le malade est sorti des premiers dangers. Il reste une infirmité dégoûtante, et de plus les adhérences formées peuvent se rompre; une intervention hâtive peut les détacher.

Le pronostic est donc grave. Sans doute la guérison spontanée est possible; mais seulement dans les quatre ou six premiers mois; elle est rare en somme, surtout dans les cas traumatiques; enfin, si le chirurgien intervient quelquefois heureusement, cette intervention ne réussit pas toujours complètement; elle est souvent dangereuse.

Traitement. — *L'affection est-elle récente*, il faut se borner à l'expectative, insister sur les soins de propreté, appliquer des bandages bien faits, remonter, tonifier, nourrir le malade. Suivant le précepte de Gosselin : *On ne doit rien tenter de chirurgical avant deux mois.*

Lorsque l'affection remonte à six mois, il n'y a plus d'espoir de voir survenir la guérison spontanée; il faut donc intervenir. Cette intervention doit être beaucoup plus précoce si l'ouverture, par suite de son siège très élevé sur l'intestin, détermine la suppression complète ou presque complète de l'absorption digestive. Elle doit répondre à cette double indication :

- 1° Rétablir le cours des matières;
- 2° Fermer l'ouverture anormale.

Les procédés qui satisfont à cette double indication se divisent en deux groupes suivant qu'ils nécessitent ou non l'ouverture du péritoine.

a. Méthodes extra-péritonéales. — Desault le premier comprit que pour rétablir le cours des matières il fallait refouler l'éperon : il y réussit plusieurs fois par l'emploi de mèches volumineuses à cheval sur cette bride saillante qu'elles repoussaient.

A la même époque à peu près, Schmalkaden (1798) sectionnait l'éperon avec le bistouri, de sa base à son sommet; Physick (de Philadelphie) tentait la section lente avec un fil. Ces tentatives seraient tombées dans l'oubli sans la découverte de Dupuytren (1815). Ayant perdu un malade dont il avait sectionné trop rapidement l'éperon, il inventa l'entérotome qui porte son nom, et auquel on n'a fait subir depuis que quelques modifications de détail.

Cet instrument se compose de deux branches, une mâle et une

fémele, serrées l'une dans l'autre à l'aide d'une vis de pression. Les deux branches sont introduites écartées; on pince l'éperon sur une longueur de 6 à 8 centimètres, puis on réarticule et on serre à fond. Quelques douleurs se montrent parfois au début; elles ne tardent pas à disparaître, et la pince tombe spontanément du huitième au dixième jour; pendant ce temps on fera bien de prescrire une diète sévère et les opiacés à haute dose.

Si l'opération a réussi, les garde-robes se rétablissent; l'orifice extérieur se rétracte peu à peu; la compression exercée à ce niveau facilite son oblitération. Lorsqu'il ne reste plus qu'une ouverture étroite, les cautérisations arrivent à la fermer (Laugier); si elle est grande, on aura recours à la double suture de l'intestin et de la peau, suivant les procédés de Malgaigne ou de Denonvilliers ou leurs dérivés (Panas, Simon, Chaput).

Les éperons très longs, très minces et bien accessibles sont justiciables de la section brusque entre deux pinces avec suture consécutive des deux lèvres de l'incision (Richelot).

L'entérotomie présente les inconvénients suivants : sa lenteur, la possibilité de douleurs très vives, obligeant à diminuer la striction, le pincement plusieurs fois signalé d'une anse intestinale saine, le danger impossible à prévoir d'une péritonite, et enfin la rareté des guérisons complètes (21 pour 100. Goetz). — D'autre part, l'application de ce procédé est rendue impossible par l'étroitesse de l'orifice cutané, l'oblitération du bout inférieur, la friabilité de l'anse malade et certains phénomènes d'intolérance (vomissements, douleurs). Il faut alors recourir aux procédés suivants dont les résultats deviennent de jour en jour plus satisfaisants.

b. Méthodes intra-péritonéales. — Par une incision ovale circonscrivant l'anus, on pénètre d'emblée dans le péritoine, on découvre l'anse malade et on la détache de la paroi abdominale. S'agit-il d'une perte de substance de l'intestin peu étendue, on la traite par la suture (entérorraphie latérale). Si elle est très étendue, limitée par des parois intestinales rigides et épaissies ou au contraire très amincies, s'il existe un rétrécissement accusé du bout inférieur, il faut recourir à l'entérectomie. Celle-ci sera suivie de la réunion des deux bouts intestinaux (entérorraphie circulaire) ou de leur occlusion avec anastomose latérale (entéro-anastomose). Celle-ci sera réservée aux cas où il existe un rétrécissement d'un long segment du bout inférieur,

pourvu que la partie terminale du gros intestin soit libre et aussi à ceux où la libération de l'anse malade est empêchée par l'abondance et la densité des adhérences. Peut être même l'entéro-anastomose représente-t-elle le procédé de choix, car elle compte à son actif les plus brillantes statistiques.

HERNIES EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

HERNIES INGUINALES

On appelle *hernies inguinales* les hernies abdominales qui se font à travers le *trajet inguinal*, qu'elles empruntent la totalité ou seulement une partie de ce trajet. La dénomination d'*inguinale* ne s'applique donc pas uniquement au siège de la hernie; elle implique un *trajet constant*.

La paroi abdominale antérieure, formée d'une série de couches aponévrotiques et musculaires, est traversée à sa partie inférieure et interne, au-dessus de l'arcade crurale ou de Fallope, par un *trajet celluleux* qui donne passage normalement, chez l'homme, au cordon spermatique, chez la femme, au ligament rond.

Chez le fœtus, au moment de la descente du testicule, au milieu de ce trajet fistuleux on rencontre un véritable canal qui fait communiquer la séreuse péritonéale avec la séreuse vaginale; c'est le canal *vagino-péritonéal*; il disparaît à l'état normal dès que le testicule est descendu. Il y a donc une disposition anatomique ordinaire et définitive, et une disposition anatomique congénitale et transitoire. Cette double disposition est l'origine d'une division des plus importantes dans l'histoire des hernies inguinales qui, de la même façon, se distinguent en *hernies ordinaires* et *hernies congénitales*. Nous y reviendrons plus loin.

1° *Trajet ou canal inguinal*. — Sur l'adulte, lorsque la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ont été disséqués, le trajet inguinal, vu par sa face antérieure, est dérobé aux regards par les fibres aponévrotiques nacrées d'insertion du grand oblique. On aperçoit par contre l'*orifice extérieur ou cutané du trajet*, situé au-dessus de la symphyse pubienne. Cet orifice, dû à l'écartement des fibres aponévrotiques, est limité en dedans par un *pilier interne*, en dehors par un *pilier externe* attaché à l'épine du pubis. Les *fibres arciformes* constituent son demi-cintre supérieur, et enfin les fibres venues du grand oblique du côté opposé limitent et renforcent son côté postérieur et interne : elles constituent le *ligament de Colles*.

Lorsqu'on examine par la cavité péritonéale la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, on voit, assez facilement si la paroi est tendue, que le péritoine est soulevé par cinq cordons qui déterminent six fossettes des plus importantes. Le cordon du milieu est l'*ouraque*; plus en dehors, les *cordons fibreux des artères ombilicales oblitérées*; tout à fait en dehors enfin, les *artères épigastriques* qui répondent à peu près, comme on le sait, à la partie moyenne de l'arcade crurale.

Avec Tillaux, nous appellerons *fossette inguinale interne* ou sus-pubienne la dépression péritonéale située entre l'ouraque et le cordon de l'artère ombilicale, *fossette inguinale moyenne* celle qui est placée entre l'artère ombilicale et l'artère épigastrique, enfin *fossette inguinale externe*, la plus importante, celle qui est située en dehors de l'artère épigastrique.

Cette fossette inguinale externe est d'autant plus marquée qu'une arête aponévrotique saillante, constituée par le bord concave du *fascia transversalis* fibreux, vient doubler l'artère épigastrique. — C'est par là que le cordon spermatique s'engage chez l'homme pour traverser le trajet inguinal; il est placé ainsi à cheval sur la concavité en sens inverse que lui offre l'artère épigastrique. — C'est là l'*orifice abdominal intérieur du trajet inguinal*.

Les deux orifices d'entrée et de sortie du trajet étant connus, voici comment est constitué le trajet lui-même : c'est une gouttière à concavité supérieure, qui semble formée en avant par les fibres d'insertion du grand oblique, en arrière par le *fascia transversalis* fibreux. Dans la concavité de cette gouttière, qui mesure environ