

repliement et l'introversion de ses lèvres et par l'accolement des surfaces saignantes, maintenues dans cette position par la suture de Gély ; former un lambeau autoplastique, en forme de pont, emprunté aux téguments voisins et destiné à recouvrir la plaie, ce qui est à la fois une condition de prompt cicatrisation et une garantie contre le retour de l'anus anormal, dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans toute son étendue.

*Procédé de Gosselin.* Dans un cas d'anus contre nature accompagné de renversement irréductible de la muqueuse, et traité au préalable par l'entérotome, ce professeur exécuta l'opération suivante : dans un premier temps, il fit l'ablation de la muqueuse sur toute la partie renversée de l'intestin, en respectant les tuniques subjacentes. Dans le second temps, il incisa circulairement la peau à 1 centimètre et demi du contour de l'ouverture, et fit l'ablation de toute la portion de peau comprise entre cette ouverture et l'incision. Dans le troisième temps, les surfaces avivées de la paroi abdominale sont infléchies l'une vers l'autre, d'un côté à l'autre, et maintenues par un aide. Il en résulte que les parties avivées ont une disposition telle, qu'elles forment deux plans : l'un superficiel, au niveau duquel la paroi abdominale est en contact avec elle-même ; l'autre profond, au niveau duquel le contact a lieu entre cette même partie et l'intestin dépouillé de sa membrane muqueuse. Cinq points de suture enchevillée sont placés, de façon à ne leur faire traverser que le plan superficiel de la plaie. Dans le quatrième temps, on pratique, de chaque côté de la suture, à deux travers de doigt d'elle environ, une incision longue de 6 à 7 centimètres, comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose du grand oblique.

*Procédé de Reybard.* Il consiste à obtenir l'occlusion de l'ouverture cutanée au moyen d'une suture ayant pour but d'adosser de *champ* les surfaces avivées et disséquées, en même temps que les bords en sont exactement rapprochés. La suture se fait avec deux étages de fils passés à travers des attelles percées de deux rangées de trous. Ce procédé n'a pas donné de résultat favorable.

**TRAITEMENT PALLIATIF.** Lorsque l'anus contre nature est jugé incurable, il faut prévenir le contact permanent des matières fécales avec les téguments qui avoisinent l'ouverture, et soustraire le patient ainsi que les personnes qui l'entourent à la mauvaise odeur, en faisant porter un appareil qui serve de réceptacle à ces matières à mesure qu'elles s'écoulent au dehors. On trouve dans le *Traité des bandages* de Juville (pl. VII et VIII) des dessins représentant un appareil de ce genre. En cas de *fistule stercorale*, il suffit d'appliquer de la charpie et des compresses qu'on renouvellera plusieurs fois dans la journée. Des lotions fréquentes avec un liquide légèrement astringent, l'application sur le pourtour de la plaie d'un corps gras ou d'une couche de *collodion*, préviendront les excoriations et l'irritation de la peau. Si l'anus anormal occupe un point de l'intestin rapproché de l'estomac, pour prévenir les effets de l'insuffisance de l'alimentation, on donnera des lavements de bouillon par le bout inférieur, au moyen d'une canule introduite dans ce bout à travers la plaie.

## CHAPITRE III.

## DES HERNIES EN PARTICULIER.

L'histoire des hernies en particulier exige une connaissance approfondie de l'anatomie de chaque région par laquelle se font les hernies. Sans cette étude préalable, il est impossible de comprendre le sujet qui va être exposé. La plupart des auteurs de chirurgie se sont crus obligés de faire précéder la description de chaque espèce de hernie de notions anatomiques le plus souvent incomplètes et par cela même insuffisantes. Nous croyons que cette manière d'agir a un autre inconvénient, c'est de donner à supposer au lecteur qu'il peut se passer de l'étude de la région sur le cadavre. Nous sommes persuadé que l'étude des hernies en particulier est tout à fait stérile, si on n'a pas pris au préalable une connaissance approfondie de la région, à l'amphithéâtre. Les meilleures descriptions, les planches le mieux faites, ne peuvent dispenser de la dissection du canal inguinal et du canal crural. Autant cette étude paraîtra difficile à celui qui la fait dans les livres, autant elle sera simple pour celui qui l'exécutera sur nature, après avoir suivi la démonstration du professeur d'anatomie.

## ARTICLE I.

## Hernies inguinales.

On donne le nom de *hernies inguinales* à celles qui se font, soit par le canal inguinal, soit par un des points du pourtour de ce canal.

**Espèces et variétés.** Lorsqu'on examine la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, au voisinage du ligament de Fallope, on constate l'existence de trois dépressions ou *fossettes* : l'une correspond à l'orifice interne du canal inguinal et se prolonge vers l'épine iliaque ; elle est limitée en *dedans* par l'artère épigastrique ; on l'appelle *fossette inguinale externe*. La seconde dépression est limitée en *dehors* par l'artère épigastrique et en *dedans* par les vestiges de l'artère ombilicale ; on la nomme *fossette inguinale moyenne*. La troisième dépression est comprise entre les débris de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle grand droit antérieur de l'abdomen ; on l'appelle *fossette inguinale interne*. Or les hernies inguinales, en se formant, s'engagent toujours par une de ces trois fossettes ; il faut donc admettre trois espèces de hernies inguinales : la hernie *inguinale externe*, qui s'échappe par la fossette comprise entre l'ouverture postérieure du canal inguinal et l'épine iliaque ; la hernie *inguinale interne*, qui s'engage par la fossette séparant l'artère épigastrique des restes de l'artère ombilicale ; la hernie *inguinale suspubiennne, vésico-pubiennne*, qui s'engage par la fossette située entre les débris de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit.



1° **HERNIE INGUINALE EXTERNE** (fig. 240). Dans cette espèce, les viscères s'engagent par l'ouverture postérieure du canal inguinal qu'ils parcourent dans toute la longueur, pour franchir ultérieurement l'ouverture externe de ce canal et arriver dans le scrotum. Au premier degré, les viscères distendent simplement la fossette inguinale externe, sans entrer dans le canal

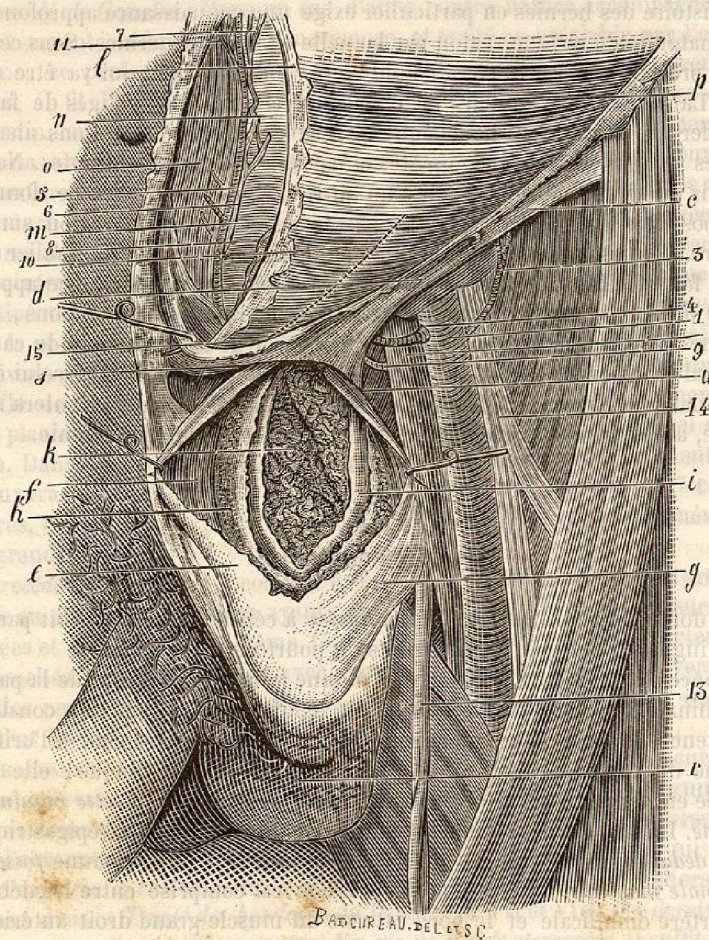


Fig. 240.

inguinal; c'est ce que Velpeau a appelé *éventration susinguinale*; Malgaigne, *pointe de hernie*. A une période ou à un degré plus avancé, les viscères s'engagent dans l'intérieur même du canal inguinal; la hernie inguinale externe est dite alors *incomplète*, *intra-inguinale*, *inguino-interstitielle*, *intrapariétale*. Cette hernie offre plusieurs variétés :

(a) Quelquefois elle occupe le canal inguinal dans toute son étendue, de-

puis l'orifice interne jusqu'à l'orifice externe de ce canal. (b) Il peut arriver qu'après s'être engagée dans l'intérieur du canal, la tumeur remonte dans l'épaisseur des parois de l'abdomen (*hernie intrapariétale de Dance*). Des faits de ce genre sont rapportés par Hesselbach, A. Cooper, A. Key, Goyrand, Velpeau. Cette variété de hernie s'engage ordinairement par l'orifice supérieur du canal inguinal, quelquefois par la paroi postérieure du canal, c'est-à-dire par la fossette inguinale moyenne ou par l'interne. Dans certains cas, elle envoie un prolongement au dehors, à travers l'anneau inguinal externe. On conçoit que les rapports du collet du sac avec les vaisseaux épigastriques diffèrent dans les trois cas. Le sac répond en arrière au *fascia transversalis*, à l'aponévrose de terminaison des muscles petit oblique et transverse, ainsi qu'à quelques faisceaux inférieurs de ces muscles. En avant, le sac est en rapport avec l'aponévrose du grand oblique, avec quelques faisceaux du petit oblique et l'origine du crémaster; en bas, il répond au ligament de Fallope et au cordon spermatique. (c) Une partie des viscères, l'intestin, par exemple, reste logée dans l'intérieur du canal, pendant qu'une autre partie, l'épiploon, sort de ce canal par l'orifice externe. (d) L'intestin, au lieu de s'engager par l'orifice postérieur du canal inguinal, s'échappe au dehors de cet orifice par une *éraillure de l'aponévrose du grand oblique*; ou bien, l'intestin s'étant d'abord engagé par l'orifice postérieur du canal inguinal, au lieu de parcourir ce dernier dans toute sa longueur jusqu'à l'orifice externe, sort par la *paroi antérieure* du canal inguinal, à travers une éraillure du *pilier externe* par exemple (J.-L. Petit), ou encore à travers le ligament de Gimbernat (Laugier). Quelques chirurgiens ont encore admis la possibilité du passage de la hernie à travers le *pilier interne* de l'anneau inguinal externe.

Au degré le plus avancé, la hernie inguinale est *complète*. Alors les viscères suivent habituellement toute l'étendue du canal inguinal, le long du cordon testiculaire, pour arriver d'abord à l'anneau externe (*bubonocèle*) et pour descendre dans le scrotum (*oschéocèle*). Rarement les viscères arrivent dans le scrotum lorsqu'ils se sont échappés par des écartements anormaux de l'aponévrose du grand oblique.

Dans toutes les hernies inguinales *externes*, les vaisseaux épigastriques sont situés en *dedans* du collet du sac herniaire. Si la hernie s'est engagée dans l'orifice postérieur du canal inguinal, les vaisseaux épigastriques côtoient la demi-circonférence *inférieure et interne* du collet. Si la hernie s'est engagée dans le canal inguinal par une éraillure de l'aponévrose du grand oblique, située à une certaine distance en dehors de l'orifice postérieur du canal inguinal, il reste un espace plus ou moins considérable entre le collet du sac et les vaisseaux épigastriques. Tant que les viscères sont renfermés dans l'intérieur du canal inguinal, ils se trouvent placés *au-dessus et en dehors* du cordon spermatique; en d'autres termes, ce dernier est situé *en arrière et en dedans* du collet du sac herniaire.

Le lecteur prendra une idée de la hernie inguinale externe, en étudiant la figure 240, qui représente une hernie inguinale externe épiploïque du côté gauche. On voit en *a*, s l'anneau inguinal externe, faisant partie de l'apo-