

3° *Autres procédés.*

a. Seutin a proposé de débrider les hernies étranglées en faisant pénétrer le doigt dans l'anneau fibreux, pour déchirer celui-ci. Or, l'anneau étrangle rarement; il est presque impossible d'y faire pénétrer le doigt, et aucun chirurgien n'a pu imiter la pratique de Seutin.

b. M. Girard voudrait qu'on débridât sans réduire les viscères herniés, pour éviter la péritonite.

c. Il y a des cas où l'on peut débrider en agissant sur l'anneau, et non sur le collet; mais il faut se trouver en face d'une hernie récente, et être presque certain de l'étranglement par l'anneau.

Complications de l'opération. — L'opération de la hernie étranglée n'est pas toujours aussi simple. Des complications peuvent se montrer pendant l'opération; quelques-unes se produisent consécutivement.

Parmi les complications qui se manifestent pendant l'opération, et qui peuvent créer des difficultés au chirurgien, nous trouvons les étranglements multiples, l'altération profonde de l'intestin et de l'épiploon.

Celles qui peuvent survenir après l'opération sont: la péritonite, l'inflammation et la suppuration du sac herniaire, l'épiploïte phlegmoneuse.

1° *Étranglements multiples.* — Il peut arriver qu'après la levée de l'étranglement, le doigt constate la présence d'un second et même d'un troisième rétrécissement. Il faut être prévenu de cette complication possible, qui se montre principalement dans la hernie inguinale.

2° *Altérations profondes de l'intestin.* — L'intestin peut avoir contracté des adhérences avec l'épiploon ou avec la paroi du sac; il peut être perforé, gangrené ou rétréci.

Si les *adhérences* cèdent facilement, on les détruit avec le doigt, puis on réduit. Si elles sont considérables, et que leur dissection fasse craindre la lésion de l'intestin, on laisse celui-ci au dehors; on n'en fait pas la réduction.

Si la *perforation* est peu étendue, on fait la suture par le procédé de M. Gély; ensuite on réduit. Si l'intestin présente une solution de continuité n'occupant pas toute l'épaisseur de la paroi intestinale, on peut réduire, comme si l'intestin était intact. On tient ensuite le malade à un repos absolu, pour chercher à obtenir des adhérences autour de la lésion.

La *gangrène* n'est pas une contre-indication à la réduction, si elle est limitée à une petite étendue de la paroi intestinale, quelques millimètres, par exemple; mais, si l'on réduit, il faut surveiller attentivement l'anse intestinale, qu'on maintient au niveau de la plaie. On peut faire la suture comme dans le cas précédent. Mais, si la gangrène est très-étendue, on ne réduit pas, et l'anse intestinale gangrenée est laissée dans la plaie. Si, au bout de quelques heures, les matières ne passent pas par

la plaie, on peut dilater le bout supérieur avec précaution, au moyen d'une sonde.

Le *rétrécissement* de l'intestin est ordinairement consécutif à la constriction et il siège à son niveau. S'il est complet, il peut déterminer un étranglement interne après la réduction. Quelquefois, il se complète plusieurs jours après la réduction, et il détermine des accidents un peu plus tard. Si l'on s'aperçoit de ce rétrécissement aussitôt après l'opération, il faut couper l'intestin au-dessus, et faire un anus contre nature.

3° *Altérations de l'épiploon.* — Nous avons vu que certains chirurgiens ne réduisent pas l'épiploon, même lorsqu'il est sain. Quand il est fortement enflammé, adhérent au sac, suppuré, on ne le réduit jamais. Alors on le laisse dans la plaie; il suppure, se recouvre de bourgeons charnus, et finit par adhérer à la cicatrice. Il est douteux qu'il empêche la hernie de se reproduire, car il existe bon nombre de malades qui l'ont vue se montrer de nouveau, quelque temps après l'opération de l'étranglement.

4° *Péritonite.* — Le péritoine s'enflamme souvent après l'opération, soit que la séreuse ait été blessée au niveau du collet, soit qu'on ait réduit une anse enflammée, soit que l'intestin, après la réduction, se perforé dans la cavité abdominale.

5° *Inflammation et suppuration du sac.* — Cet accident se montre rarement; il survient le deuxième jour après l'opération. Il réclame un traitement antiphlogistique; mais il ne faut pas toucher au siège de l'étranglement. On peut observer la *gangrène* du sac.

6° *Epiploïte phlegmoneuse.* — Elle consiste dans un phlegmon du tissu cellulo-graisseux de l'épiploon, ordinairement consécutif à l'opération du débridement: cette inflammation peut se montrer avant l'opération.

Gangrène et anus contre nature.

Ces deux accidents ne doivent pas être placés sur le même plan que l'inflammation et l'étranglement herniaires, car ils sont une conséquence de l'étranglement.

1° Gangrène.

Nous en avons suffisamment parlé avec les lésions et les symptômes de l'étranglement. Il est impossible de parler de ce dernier accident sans s'occuper de la gangrène. Il en est de même de l'anus contre nature, dont on ne peut décrire le mode de formation sans parler de nouveau de la gangrène.

2° Anus contre nature.

Définition. — On appelle *anus contre nature* tout orifice anormal situé sur l'intestin et communiquant avec l'extérieur, directement ou par l'intermédiaire d'un organe creux: vagin, etc.

Division. — On divise l'anus contre nature en *congénital, artificiel et accidentel*. Nous nous occuperons de ce dernier. L'artificiel est celui que fait le chirurgien dans un but thérapeutique, presque toujours dans le cas d'occlusion intestinale. Nous parlerons de l'anus contre nature congénital en décrivant les vices de conformation de l'anus et du rectum.

Causes et mécanisme. — L'anus contre nature accidentel suppose nécessairement une *perforation* de l'intestin. Celle-ci peut être due à des plaies, à des ulcérations, mais surtout à la gangrène, ce qui ne s'observe que trop fréquemment dans la hernie étranglée.

a. On comprend facilement comment les lèvres d'une plaie intestinale peuvent correspondre exactement à celles d'une plaie de la paroi abdominale.

b. Une ulcération peut perforer l'intestin de dedans en dehors, et, si les conditions anatomiques sont favorables, il se fait une inflammation de voisinage; un abcès se forme et s'ouvre sur un point de la paroi abdominale. Il peut arriver que l'abcès se produise autour de l'intestin, comme on peut l'observer au niveau du cœcum, et que le pus ulcère en même temps la paroi abdominale et celle de l'intestin.

c. Dans les cas les plus fréquents, dans la gangrène herniaire, la portion gangrenée tombe dans le sac avec les matières intestinales. Le sac est le siège d'une violente inflammation, qui se propage au tissu cellulaire voisin: il y a phlegmon. Celui-ci suppure, et l'on voit bientôt s'écouler un pus fétide, mêlé à des débris gangréneux et stercoraux. L'écoulement du pus cesse, celui des matières fécales continue; il y a anus contre nature.

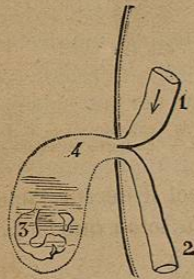


FIG. 22. — Formation d'un anus contre nature, suite de gangrène herniaire.

1, 2. Bout supérieur et bout inférieur de l'intestin hernié. — 3. Débris gangréneux et stercoraux dans le sac. — 4. Portion de la cavité du sac où l'on aperçoit l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin.

se modifiera et formera les parois de l'ouverture.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Nous devons étudier dans l'anus contre nature: 1° l'ouverture extérieure; 2° l'intestin; 3° les adhérences de l'intestin à la paroi abdominale.

1° *Ouverture extérieure.* — Quelquefois très-large, cette ouverture peut être réduite à une petite perforation, *fistule stercorale*. Presque toujours, la peau du voisinage est ridée et altérée par le contact des matières. En général, l'anus contre nature n'offre pas d'ouverture bien manifeste; il se présente sous la forme d'une petite tumeur rouge, plis-

sée, qui n'est autre que la muqueuse intestinale faisant hernie. On peut, en cherchant avec soin, trouver au sommet de cette tumeur deux ouvertures: l'une, un peu moins étroite que l'autre, correspond au bout supérieur, et livre passage à des matières; l'autre, correspondant au bout inférieur, ne laisse rien passer.

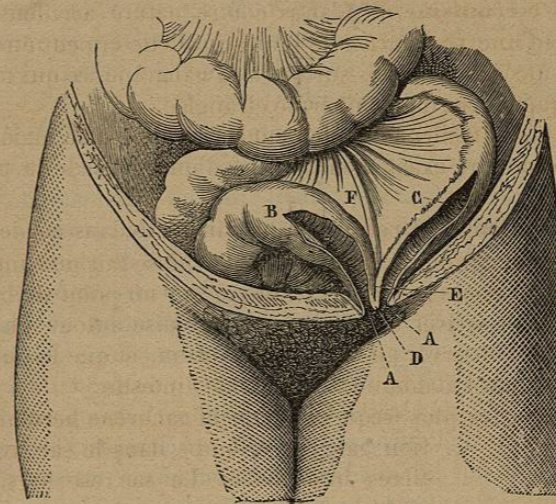


FIG. 23. — Anus contre nature. Entérotomie.

A, A. Les deux orifices de l'intestin qui doivent recevoir les deux branches de l'entérotome. — B. Bout inférieur. — C. Bout supérieur. — D. Éperon devant être détruit par l'entérotome. — E. Surfaces sereuses de l'intestin adhérentes après la section de l'éperon. — F. Corde mésentérique.

2° *Intestin.* — L'intestin se présente sous un aspect différent, selon qu'une portion de sa circonférence a été gangrenée, ou selon que la destruction a porté sur une anse complète. C'est presque toujours l'intestin grêle.

Dans le premier cas, l'intestin offre simplement une ouverture dont le contour adhère à celui de la plaie abdominale. Le calibre de l'intestin peut être rétréci, mais il n'est pas oblitéré; il ne passe dans cette variété d'anus contre nature qu'une partie des matières intestinales.

Dans le second cas, une anse intestinale entière ayant été gangrenée, il s'est fait des adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale au niveau du point où la hernie était étranglée.

La portion supérieure de l'intestin, *bout supérieur*, et la portion inférieure, *bout inférieur*, sont adossées au niveau du point étranglé; elles contractent entre elles des

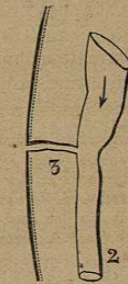


FIG. 24. — Schéma montrant une coupe de la paroi abdominale et de l'intestin au niveau de l'anus contre nature. L'anse intestinale n'a été gangrenée que dans un point de sa circonférence.

1. Bout supérieur de l'intestin. — 2. Bout inférieur. — 3. Ouverture extérieure au fond de laquelle on voit un petit éperon séparant les deux orifices. L'infundibulum forme les parois de l'ouverture.

adhérences, et, à la chute de l'anse gangrenée, il reste au fond de l'anus contre nature une saillie formée par le vestige des deux bouts adossés de l'intestin : c'est à cette saillie qu'on a donné le nom d'éperon (fig. 23, D). A mesure que les matières s'écoulent à l'extérieur par le bout supérieur, elles projettent l'éperon vers l'orifice du bout inférieur, qu'il finit par recouvrir à la manière d'une valvule.

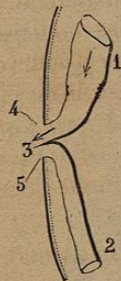


FIG. 25.— Schéma montrant une coupe de la paroi abdominale et de l'intestin au niveau de l'anus contre nature.

1. Bout supérieur. — 2. Bout inférieur. — 3. Éperon incliné vers l'ouverture inférieure qu'il tend à obstruer. — 4. Orifice du bout supérieur. — 5. Orifice du bout inférieur.

Plus tard, les bords de l'ouverture cutanée se rétractent, et il s'établit un tissu cicatriciel qui fait adhérer l'ouverture cutanée, l'ouverture de la paroi abdominale qui a étranglé la hernie, et l'intestin. Si l'on procède à la dissection de ce tissu cicatriciel, on trouve, en partant de la cavité péritonéale et en se dirigeant vers l'extérieur : 1° une couche d'adhérences solides entre le péritoine qui recouvrait l'intestin et le péritoine pariétal ; 2° une couche cicatricielle, plus ou moins large, étendue des couches muqueuse et musculuse de l'intestin vers la peau. Cette surface cicatricielle, réduite quelquefois à une ligne, formant souvent un véritable conduit réunissant la peau à la muqueuse de l'intestin, est ce que Scarpa a appelé l'*infundibulum*.

Il y a, en résumé, dans l'anus contre nature, un *infundibulum*, au fond duquel on trouve un éperon séparant les orifices des deux bouts de l'intestin.

Symptômes. — L'anus contre nature donne passage aux matières intestinales qui s'écoulent involontairement, mélangées à des gaz, principalement pendant la digestion. Ces matières sont d'autant plus foncées et odorantes que la lésion siège sur une partie plus voisine de l'extrémité terminale de l'intestin.

La défécation est supprimée, si toutes les matières s'écoulent par l'anus contre nature ; mais lorsque l'éperon n'est pas trop saillant et qu'une partie des matières pénètre dans le bout inférieur, le malade a des garde-robes. Dans le cas où l'éperon est nul ou presque nul, on conçoit qu'il ne s'écoule qu'une minime partie des matières par l'ouverture accidentelle. En général, la dilatation et l'hypertrophie du bout supérieur et le rétrécissement du bout inférieur sont d'autant plus mar-

qués que l'éperon est plus saillant ; en effet, un éperon considérable oblitère plus ou moins complètement le bout inférieur qui s'atrophie, pendant que le bout supérieur présente un surcroît d'activité. Dans ce dernier cas, le malade rend quelquefois par l'anus des matières blanches, plus ou moins concrètes, qu'il ne faut pas prendre pour des matières fécales ; c'est du mucus épaissi, sécrété par les parois de l'intestin.

La présence d'un anus contre nature produit peu à peu l'affaiblissement et l'amaigrissement du malade. Cependant, celui-ci reprend bientôt son embonpoint ordinaire, si l'ouverture accidentelle siège sur les parties inférieures de l'intestin.

Terminaison. — L'anus contre nature peut rester stationnaire pendant toute la vie du malade. Il peut guérir spontanément. Enfin, il amène quelquefois la mort, soit par défaut d'alimentation, soit par une complication.

Guérison spontanée. — Scarpa et Dupuytren en ont bien indiqué le mécanisme. Cette guérison serait due aux contractions de l'intestin, et principalement à la rétraction du mésentère.

La portion du mésentère qui correspond à l'anus contre nature représente une sorte de corde tendue entre la colonne vertébrale et le siège de la lésion. Sous l'influence des contractions vermiculaires des fibres musculaires lisses situées à la face profonde du péritoine, sous l'influence des divers mouvements du tronc, cette corde exerce une traction incessante sur les adhérences qui unissent l'intestin à la paroi abdominale. Ces adhérences cèdent en partie, dans quelques cas, et permettent un allongement souvent considérable de l'*entonnoir membraneux*, de l'*infundibulum*. On a vu celui-ci servir de réservoir aux matières fécales. Cet allongement se fait donc aux dépens des parois mêmes de l'*infundibulum*. A mesure qu'il s'allonge, l'*infundibulum* se rétrécit, surtout vers sa partie moyenne, et il peut arriver qu'il s'oblitére et se brise au niveau de ce point rétréci. En même temps l'ouverture cutanée se rétracte. Tel est le mécanisme de la guérison spontanée. On comprend que cette guérison puisse être incomplète et qu'il puisse persister une fistule stercorale.

Dans quelques cas, on voit la paroi de l'intestin s'allonger un peu et former une petite portion de l'*infundibulum*. Il est aussi incontestable qu'une portion du sac concourt, dans certains cas, à la formation du même *infundibulum*. Nous ne voyons pas là des raisons suffisantes pour admettre les trois variétés d'*infundibulum*, *membraneux*, *cicatriciel* et *intestinal*, indiquées par Foucher.

Mort. — La mort peut survenir par *inanition*, dans le cas où l'anus



FIG. 26.— Coupe de l'anus contre nature.

1. Bout supérieur un peu dilaté. — 2. Bout inférieur rétréci. — 3. Infundibulum allongé, aminci, tendant vers la guérison.

contre nature se trouve plus ou moins rapproché de l'estomac. En effet, les aliments ne parcourent qu'une petite portion de l'intestin grêle et sont rejetés sans être digérés.

Complications. — Les complications sont : le *renversement* et l'*étranglement de la muqueuse intestinale* au niveau de l'ouverture accidentelle ; l'*engorgement de l'infundibulum* ; l'*infiltration des matières intestinales* dans l'épaisseur des parois de l'abdomen ; la *rupture de l'intestin*. Indépendamment de ces complications, toujours graves, on en observe de moins sérieuses, telles que l'*érythème* et l'*érysipèle* autour de l'anus contre nature.

Le *renversement* consiste dans la hernie de la muqueuse intestinale qui glisse sur le tissu cellulaire sous-muqueux pour former une tumeur rouge, plissée, plus ou moins volumineuse. Si la muqueuse du bout supérieur est seule renversée, les matières sortent du sommet de la tumeur ; si, ce qui est plus rare, c'est la muqueuse du bout inférieur, les matières paraissent sortir de la base.

Lorsque le renversement est considérable, on peut observer des signes d'occlusion intestinale.

L'*étranglement* n'est autre chose qu'une forte constriction de la muqueuse renversée au niveau de l'ouverture accidentelle.

L'*engorgement de l'infundibulum* consiste dans l'occlusion de l'intestin par les matières fécales, au niveau de l'anus contre nature, par suite soit de l'épaississement de celles-ci, soit du rétrécissement de l'ouverture. Cet accident s'annonce aussi par les symptômes d'occlusion intestinale : nausées, vomissements, hoquet, etc.

L'*infiltration des matières intestinales* se fait parfois dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il en résulte des abcès et des fistules stercorales souvent multiples ; quelquefois même la gangrène d'une portion de la paroi abdominale.

La *rupture de l'intestin* peut se faire au niveau même des adhérences établies entre ce conduit et la paroi abdominale, à la suite d'un effort.

Toutes ces complications sont fort graves. Si l'on n'y remédie immédiatement, la mort est à peu près inévitable. Elle est presque toujours causée par une péritonite, soit que le bout supérieur engorgé se rompe par suite d'une distension extrême, soit que l'intestin se déchire au niveau de son point d'adhérence avec la paroi abdominale.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours bien facile de distinguer les deux bouts. L'orifice supérieur est plus large que l'autre ; il laisse seul écouler des matières ; il est plus accessible, parce que l'orifice inférieur est en partie caché par la valvule que forme l'éperon.

Pronostic. — L'anus contre nature est, dans tous les cas, une infirmité repoussante ; il est d'autant plus grave que l'ouverture est plus rapprochée de l'estomac.

Traitement. — Lorsqu'on ne tente pas la cure radicale d'un anus

contre nature, il faut diriger contre lui un *traitement palliatif* consistant surtout en des soins excessifs de propreté dans les détails desquels nous n'entrerons pas.

Lorsqu'on le peut, il faut tenter un *traitement curatif*.

Le chirurgien doit toujours s'enquérir de la date de la lésion, car il faut donner aux adhérences le temps de devenir solides, ce qui exige de deux à trois mois.

La cure d'un anus contre nature doit se faire en deux temps : dans le premier, on rétablit une libre communication entre les deux bouts de l'intestin ; l'oblitération de l'orifice cutané constitue le second temps.

1^o Rétablir la communication entre les deux bouts de l'intestin.

Ce temps de l'opération n'est pas utile dans les cas où il n'existe pas d'éperon, les matières étant rendues en partie par l'anus naturel, et en partie par l'anus accidentel.

Autrefois, on a employé empiriquement : la *diète légère* ; la *position* dans le décubitus dorsal ; la *compression* sur l'ouverture extérieure ; la *suture* des bords de l'ouverture. De nos jours, on a recours à des moyens plus rationnels qui ont pour but de dilater le bout inférieur de l'intestin lorsqu'il est rétréci, d'affaïsser ou de détruire l'éperon.

Dilatation du bout inférieur. — On met de petites sondes à demeure dans le bout inférieur ; on en augmente le calibre de temps en temps, et l'on a soin d'y injecter fréquemment de l'eau tiède, ou mieux, du bouillon.

Affaïssement de l'éperon. — C'est par la *compression* qu'on affaïssait l'éperon ; mais ce moyen est dangereux, et, dans tous les cas, douloureux. Desault plaçait une *grosse mèche* à cheval sur l'éperon, mèche dont les deux bouts étaient introduits dans les deux orifices de l'intestin, et dont la partie moyenne était comprimée sur l'éperon au moyen d'un tampon. On se sert souvent aujourd'hui d'une sorte de *fourche en corne* qui embrasse l'éperon. Cette fourche, inventée par M. Richet, n'est qu'une modification du croissant en ivoire de Dupuytren.

Destruction de l'éperon. — On a essayé de détruire l'éperon par le *séton*, par l'*incision*, par la *cautérisation*. Aujourd'hui, tous les

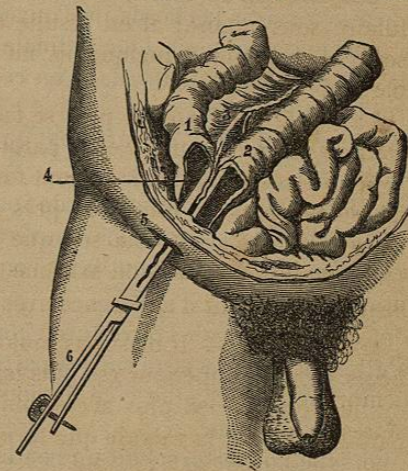


FIG. 27. — Anus contre nature. Application de l'entérotome.

1. Bout supérieur. — 2. Bout inférieur. — 3. Corde mésentérique. — 4. Éperon. — 5. Orifice cutané. — 6. Entérotome.

chirurgiens ont recours à l'entérotomie (fig. 27). L'entérotomie a été instituée par Dupuytren, qui a inventé l'entérotome. Cet instrument, qui a été modifié par un grand nombre de chirurgiens, est une sorte de pince, dont chaque branche, longue et large, est introduite dans l'un des orifices de l'anus contre nature. On visse ensuite les deux branches comme on le fait pour le forceps, puis on comprime avec force l'éperon; on laisse le tout en place pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'instrument se détache spontanément (fig. 27).

L'entérotome agit en déterminant une gangrène par compression de l'éperon. La circulation ne se fait plus, et l'éperon se mortifie. Pendant que cette mortification se fait, le péritoine le plus voisin, enflammé, contracte avec celui de l'anse opposée des adhérences qui préviennent l'épanchement des matières intestinales dans la cavité du péritoine.

Il faut quelquefois avoir recours, pour détruire complètement l'éperon et permettre le libre passage des matières intestinales, à plusieurs applications consécutives de l'entérotome.

2° Oblitérer l'orifice cutané.

Ce temps de l'opération ne doit être tenté que lorsqu'on a acquis la certitude que l'intestin est suffisamment accessible aux matières intestinales. Dans quelques cas, nous l'avons dit, il constitue à lui seul toute l'opération.

On a employé la *compression*, la *cautérisation*, qui peut suffire dans le cas de fistules stercorales, la *suture* des bords de l'ouverture. On a obtenu quelques succès par l'*excision* suivant le procédé de M. Reybard, qui consiste à aviver les bords de l'ouverture, à donner à la surface avivée la forme d'une plaie longitudinale et à en affronter les deux bords. M. Maisonneuve a tenté, dans un cas, d'*implanter* l'intestin grêle sur le gros intestin.

Aujourd'hui, les chirurgiens ont généralement recours à l'autoplastie.

a. Jobert a réussi au moyen de son *autoplastie par inflexion*. Elle consiste à aviver le pourtour de l'ouverture cutanée et à en rapprocher les bords, en les infléchissant dans l'ouverture anormale, au moyen de la suture.

b. Velpeau avivait l'ouverture cutanée comme Jobert, et, pour faciliter le glissement de la peau sur les parties sous-jacentes, il faisait sur cette membrane, de chaque côté de l'ouverture, une incision de 2 à 4 centimètres de longueur.

Lorsque l'ouverture était un peu large, Velpeau enlevait le tissu cicatriciel sans toucher à l'intestin; il formait donc un cône saignant à base tournée du côté de la peau. Il passait ensuite des fils dans la peau seulement, et, en serrant les points de suture, il fronçait la surface saignante qui s'adossait à elle-même.

c. Malgaigne a indiqué un procédé qui a réussi entre ses mains, de même qu'entre celles de MM. Denonvilliers et Nélaton; il consiste: 1° à détacher avec soin l'intestin, tout en respectant le péritoine, *point délicat et difficile*, et à faire une suture de l'intestin, en ayant soin d'en renverser les bords en dedans; 2° à aviver l'ouverture cutanée et à faire une nouvelle suture, de sorte qu'il y a deux sutures superposées, l'une profonde, intestinale, l'autre superficielle, cutanée.

§ 2. — Hernies abdominales en particulier.

Nous connaissons les hernies de l'abdomen considérées d'une manière générale; nous avons décrit les complications des hernies. Tous les phénomènes que nous avons passés en revue dans cette longue étude peuvent se montrer dans presque toutes les variétés: mais ils empruntent des caractères particuliers suivant la région où ils se produisent, et nous devons les examiner sous ce point de vue.

Nous avons vu que les hernies prennent le nom de la région où elles se montrent; nous les étudierons par ordre de fréquence.

Nous ne pouvons répéter les généralités à propos de chaque hernie; le lecteur est donc prévenu que la lecture de ce paragraphe doit être précédée de celle des hernies en général.

I. — HERNIES INGUINALES.

On appelle ainsi toutes les hernies qui se font au niveau du canal inguinal.

Canal inguinal. — Rappelons, en quelques mots, que le canal inguinal est un trajet de quatre à cinq centimètres de longueur, situé au-dessus de l'arcade crurale dont il suit la direction. Ce trajet a trois parois: l'inférieure formée par l'arcade crurale, l'antérieure par l'aponévrose du grand oblique, et la postérieure par le fascia transversalis. Il a deux ouvertures: l'une, cutanée, anneau inguinal superficiel, est située au-dessus du pubis, en avant et en dehors du muscle droit; l'autre, péritonéale, anneau inguinal profond, correspondant à quatre ou cinq centimètres en dehors de la précédente, est située à deux centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

Le canal inguinal donne passage au cordon spermatique.

Lorsqu'on l'examine par sa face postérieure, on voit que l'artère épigastrique croise la direction du canal inguinal vers sa partie moyenne, et qu'elle établit une ligne de démarcation entre deux dépressions qu'on nomme fossettes inguinales: la *fossette inguinale externe* est située en dehors de l'artère épigastrique; elle correspond à l'orifice profond ou péritonéal du canal inguinal; la *fossette inguinale interne* se trouve en dedans de l'artère épigastrique; sur la paroi postérieure même du canal.

Chez la femme, le canal inguinal renferme uniquement le ligament rond qui se porte vers la grande lèvre correspondante.

Chez le fœtus, il n'y a pas de canal inguinal, les deux orifices sont presque superposés; ce n'est que plus tard que le canal se forme.

A la naissance, au moment où le testicule descend dans le scrotum, il est accompagné par un prolongement séreux du péritoine, prolongement qui formera un peu plus tard la

tunique vaginale. Avant la séparation de la tunique vaginale et du péritoine, ces deux séreuses communiquent par le *canal vagino-péritonéal* qui doit s'oblitérer quelques jours après la naissance.

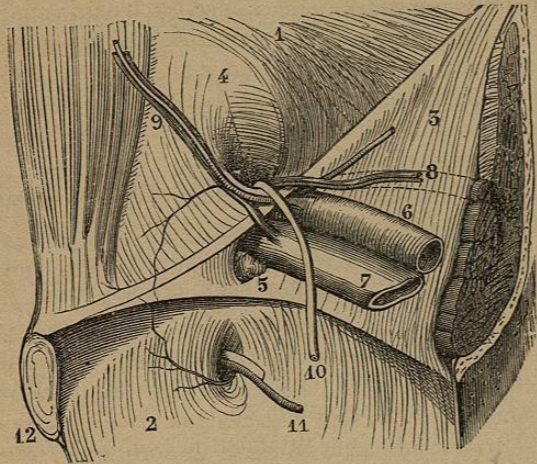


FIG. 28. — Canal inguinal droit, vu par sa face postérieure¹.

1. Fascia transversalis. — 2. Muscle obturateur interne. — 3. Artère circonflexe iliaque. — 4. Orifice péritonéal dans lequel s'engage la hernie inguinale commune. — 5. Anneau crural dans lequel s'engage la hernie crurale. — 6. Artère iliaque externe. — 7. Veine iliaque externe. — 8. Vaisseaux spermaticques. — 9. Vaisseaux épigastriques. — 10. Canal déférent. — 11. Artère obturatrice. — 12. Coupe de la symphyse pubienne. De 9 à 11 on voit l'anastomose entre l'obturatrice et l'épigastrique.

On voit par exception ce canal persister. On peut voir aussi son oblitération incomplète, c'est-à-dire qu'il s'oblitére sur plusieurs points de sa longueur, mais qu'il persiste en d'autres sous forme de petites bourses séreuses pouvant devenir l'origine de kystes.

Chez la femme, le canal vagino-péritonéal n'existe pas, mais le ligament rond est accompagné par un prolongement séreux analogue, connu sous le nom de *canal de Nuck*.

Division.

1^o Espèces. — Les hernies inguinales sont nombreuses. Il y a une espèce commune, très-fréquente, dans laquelle le viscère, presque toujours l'intestin, parcourt toute l'étendue du canal inguinal, depuis l'orifice péritonéal jusqu'à l'orifice cutané où il forme tumeur. Cette hernie est décrite sous le nom de *hernie inguinale oblique externe* ou *indirecte*.

Des espèces moins communes sont : la *hernie inguinale interne* ou *directe*, qui sort par l'anneau inguinal cutané, après avoir déprimé la paroi postérieure du canal inguinal ; la *hernie sus-pubienne* ou *oblique interne*, dans laquelle l'intestin s'engage dans la fossette vésico-pubienne, entre l'artère ombilicale oblitérée et le bord externe du muscle droit.

2^o Variétés. — Les deux dernières espèces ne présentent pas de variétés qui méritent d'être notées. Mais il n'en est pas de même de la

¹ Figure tirée de mon *Anatomie descriptive*.

hernie commune ou oblique externe. Celle-ci présente deux variétés : 1^o la *hernie inguinale congénitale* ; 2^o la *hernie inguinale accidentelle*.

La première est ainsi nommée, parce qu'elle reconnaît pour cause une disposition anatomique congénitale, la persistance du canal vagino-péritonéal, de sorte qu'il ne faut pas s'imaginer qu'on la rencontre seulement chez l'enfant ; on peut la constater aussi chez l'adulte, et certains auteurs l'appellent, en ce cas, *hernie congénitale de l'adulte*, expression qui nous paraît compliquer inutilement la nomenclature, déjà assez longue, des hernies inguinales.

On nous dispensera, après tout ce que nous avons dit des hernies en général, de définir la hernie inguinale accidentelle.

3^o Sous-variétés. — *a.* La variété hernie inguinale congénitale peut, d'après Malgaigne, être divisée en trois sous-variétés : 1^o la *hernie vaginale testiculaire* ; 2^o la *hernie vaginale funiculaire* ; 3^o la *hernie testiculaire*.

Dans la première, l'intestin a traversé le canal vagino-péritonéal ; il est en contact direct avec la partie inférieure du testicule descendu. Dans la deuxième, l'intestin s'est engagé dans le canal vagino-péritonéal, mais celui-ci se trouve en partie oblitéré, de sorte que l'intestin ne vient pas en contact avec le testicule, dont il est séparé par une sorte de diaphragme. Dans la hernie testiculaire, le testicule est encore dans l'anneau, l'intestin est engagé dans le canal, en arrière du testicule qu'il tend à repousser.

b. La variété hernie inguinale accidentelle présente quatre sous-variétés, selon les degrés auxquels elle est parvenue : 1^o *pointe de hernie* ; 2^o *hernie inguino-interstitielle* ; 3^o *bubonocèle* ; 4^o *oschéocèle*. La pointe de hernie est le premier degré, le commencement de la hernie. La hernie inguino-interstitielle porte ce nom lorsque l'intestin est situé dans le canal inguinal ; elle peut persister indéfiniment dans cet état. On l'appelle bubonocèle lorsqu'elle commence à sortir du canal inguinal ; sa forme rappelle celle d'un bubon. Enfin, l'oschéocèle désigne la hernie inguinale accidentelle arrivée dans le scrotum.

Tableau.

1 ^o Espèces.	2 ^o Variétés.	3 ^o Sous-variétés.
1 ^o Hernie inguinale commune ou oblique externe.	<ul style="list-style-type: none"> hernie inguinale congénitale. hernie inguinale accidentelle. 	<ul style="list-style-type: none"> hernie vaginale testiculaire. hernie funiculaire. hernie testiculaire. pointe de hernie. hernie inguino-interstitielle. bubonocèle. oschéocèle.
2 ^o Hernie inguinale interne ou directe.		
3 ^o Hernie inguinale sus-pubienne ou oblique interne.		

Nous étudierons d'abord la hernie inguinale commune avec ses variétés et ses sous-variétés. Il suffira ensuite de quelques mots pour faire comprendre les espèces moins fréquentes.