

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 résolutives, 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.

#### 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 et les 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.

5° *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 encore 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 inférieur diminue d'autant plus qu'il y passe moins de matières; on

ne l'a cependant trouvé complètement oblitéré qu'une ou deux fois. — 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 souvent par une plaque de sphacèle plus ou moins étendue.

Cet état persiste 24 à 56 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 matière 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 quel est le siège de 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'anüs 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 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, de 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'abdo-

men; 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'écart 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'anüs 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 (Boyer); quelquefois les deux; rarement l'invagination est considérable; elle devient rapidement irréductible.

**Le diagnostic** de l'anüs 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, celle des fistules voisines, les lavements de lait pour reconnaître le bout inférieur si les matières n'y pénètrent pas du tout, telles seront 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 répondre à cette double indication :

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

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, Schmalkalden (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 femelle, 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 six à huit 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. Nélaton a conseillé fort justement l'obturation par un large lambeau autoplastique.

Nous avons décrit la méthode de traitement usitée jusqu'à nos jours dans l'anus contre nature, et nous nous sommes longuement étendus sur elle, parce qu'elle reste encore la première à employer, la plus sûre, et peut-être la meilleure. L'avènement de la chirurgie antiseptique a fait apparaître une méthode nouvelle, plus grave, mais qui seule convient à certains cas rebelles. Par la laparotomie, on découvre l'anse sur laquelle siège l'anus artificiel; on la détache de la paroi abdominale, et, suivant les cas, on pratique soit une simple suture au niveau de l'orifice que porte l'anse ainsi détachée, soit la résection d'une portion plus ou moins considérable de l'intestin. Le trajet qui reste dans la paroi est naturellement nettoyé avec soin; il guérit comme une plaie simple. (Julliard, Billroth, Bouilly, etc.)

## 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