

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

aponévrotiques et musculaires, est traversée à sa partie inférieure et interne, au-dessus de l'arcade crurale ou de Fallope, par un *trajet cellulaire* 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 naées 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 6 centimètres de long, repose chez l'homme le cordon spermatique, dont les éléments sont normalement réunis dans une même enveloppe celluleuse. A la partie externe de la gouttière, en dehors du cordon, dans une étendue variable s'attachent les deux muscles petit oblique et transverse, assez confondus d'ailleurs; de là leurs fibres remontent un peu en constituant une sorte d'arcade à concavité inférieure sous laquelle passe le cordon, pour venir se terminer vers l'épine pubienne en se rapprochant du pilier interne de l'anneau abdominal extérieur ou cutané.

Nous devons de plus rappeler qu'une partie des enveloppes du testicule (tunique musculaire ou crémaster, tunique cellulaire) semblent fixées à l'orifice extérieur du canal inguinal, pour recevoir immédiatement à sa sortie le cordon spermatique et le testicule qui y est appendu.

2° *Canal vagino-péritonéal*. — Chez le fœtus, peu après la migration du testicule, la disposition est un peu différente; on trouve dans le trajet inguinal un véritable canal vagino-péritonéal, qui fait communiquer la cavité du péritoine avec celle de la tunique vaginale. — Ce conduit s'oblitère graduellement chez la plupart des sujets après la descente du testicule, mais chez un certain nombre d'entre eux (15 pour 100), il persiste plus ou moins complet, et présente alors quelques caractères très bien résumés par Ramonède dans sa thèse inaugurale sur la hernie péritonéo-vaginale étranglée : — tantôt, et c'est le cas le plus fréquent (douze fois sur cent), on ob-

serve un petit *infundibulum* ne dépassant guère l'anneau abdominal; tantôt il y a dans le canal inguinal un cul-de-sac sans communication avec la vaginale; tantôt enfin la communication est complète; le trajet séreux commence alors à l'anneau abdominal par un *infundibulum* caché sous un pli péritonéal, *pli rétro-inguinal*, puis il se *coude* en se rétrécissant, se *renfle* à nouveau dans le canal inguinal, se rétrécit à sa sortie, se renfle encore et se rétrécit enfin de nouveau à son union avec la tunique vaginale qui représente sa dernière dilatation. Les rétrécissements sont souvent le siège de *valvules en forme de diaphragme*. — Ces quelques particularités font bien comprendre l'étroitesse et la multiplicité des points rétrécis que doit franchir la *hernie péritonéo-vaginale*, encore appelée *hernie congénitale*.

Les rapports du conduit péritonéo-vaginal avec les éléments du cordon doivent encore nous arrêter un instant : dans sa première partie, avant de pénétrer dans le trajet inguinal, le conduit péritonéo-vaginal recouvre le canal déférent et les vaisseaux spermatiques; dans le trajet, il est au-dessus et en avant des éléments du cordon; au scrotum, il est en avant et un peu en dehors. — En résumé, le canal péritonéo-vaginal, contenu dans l'enveloppe fibreuse du cordon, est placé dans toute son étendue, plus superficiellement que les autres éléments (Ramonède).

Si l'on veut bien se rappeler que la migration du testicule est la cause de la formation de ce trajet péritonéal dont la tunique vaginale n'est que la terminaison, on comprendra encore combien sont intimes les relations des hernies congénitales avec le testicule.

Étiologie et mécanisme. — Les causes des hernies inguinales ne diffèrent pas de celles des hernies en général; leur fréquence relative mérite seule de nous arrêter. Les résultats statistiques sont d'ailleurs assez variables.

La hernie inguinale serait dans le sexe masculin trente-deux fois plus fréquente que la hernie crurale. Cette dernière est plutôt un peu plus commune dans le sexe féminin. (Statistique des bandagistes de Londres.)

On trouve dix hernies inguinales chez l'homme pour une chez la femme; la proportion est de huit pour une, d'après Malgaigne. Vidal de Cassis fait remarquer d'après de nombreux examens à la Salpêtrière que les hernies inguinales sont beaucoup plus fréquentes chez les vieilles femmes qu'on ne le prétend en général.

Quoi qu'en aient dit certains auteurs, la hernie *accidentelle* est bien plus fréquente que la hernie *congénitale*; elle se produit tantôt par le mécanisme de la *force*, tantôt et plus souvent peut-être par celui de la *faiblesse*.

Dans le premier cas, la hernie pousse devant elle le péritoine dans le canal inguinal; elle se crée elle-même son trajet et son sac, c'est le cas le plus fréquent. Cette impulsion se fait suivant telle ou telle fossette péritonéale et il en résulte diverses variétés anatomiques sur lesquelles nous allons revenir.

Lorsqu'au contraire la hernie s'insinue dans un sac *préformé* et que ce sac n'est autre qu'un *vestige* plus ou moins parfait du *canal vagino-péritonéal*, la hernie est dite *vagino-péritonéale* ou *congénitale*. — C'est la forme la moins commune, mais non pas la moins importante des hernies inguinales.

Division. — Ce que nous venons de dire des rapports anatomiques et de la fréquence relative des hernies inguinales dans les deux sexes, montre suffisamment que le type d'une description d'ensemble doit être pris chez l'homme.

Nous reprendrons pour la hernie inguinale la division adoptée pour les hernies en général, en :

- 1° *Hernies inguinales réductibles*;
- 2° *Hernies inguinales irréductibles*;
- 3° *Hernies inguinales étranglées*.

1° *Hernies inguinales réductibles.*

Anatomie pathologique. — Anatomiquement, il faut distinguer les hernies inguinales en deux classes : les hernies *accidentelles* ou *acquises* et les hernies *congénitales*.

A. Hernies inguinales accidentelles. — Les hernies *accidentelles* ou *acquises*, *hernies à canal fermé* (Malgaigne), offrent trois variétés anatomiques principales.

a. La première des variétés par ordre de fréquence est sans contredit la *hernie oblique externe*, dans laquelle les viscères s'engagent par l'*orifice abdominal* pour suivre dans une étendue plus ou moins considérable le *trajet inguinal*. C'est aussi la variété la plus importante; elle présente plusieurs degrés :

- 1° La hernie peut rester à l'orifice abdominal du trajet sans péné-