

La seconde, *moyenne*, passe entre le constricteur de la vulve et le muscle transverse profond du périnée.

La troisième, *postérieure*, se fait entre le releveur de l'anus et le grand fessier.

Pour Ebner, ces hernies seraient d'origine congénitale. C'est en effet le cul-de-sac de Douglas, le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme, recto-utérin chez la femme, qui leur donne accès. Ces hernies tiendraient à la profondeur particulière que le cul-de-sac péritonéal en question présente chez l'embryon et à la persistance de la disposition pour ainsi dire congénitale de ce cul-de-sac chez certains sujets.

La hernie paraît plus fréquente chez la femme; on a cité quelques cas d'inflammation et d'étranglement pour lesquels encore la laparotomie nous paraîtrait préférable à toute autre voie chirurgicale.

## CHAPITRE V

### HERNIES DE LA VESSIE

On réserve le nom de hernies de la vessie aux cas où cet organe se trouve compris dans une hernie ordinaire.

La plus fréquente des hernies de la vessie est la hernie inguinale ou cystocèle inguinale. Viennent ensuite les hernies crurale, périnéale, obturatrice: ces trois dernières sont rares. Dans notre description, nous aurons surtout en vue la cystocèle inguinale.

1° La vessie herniée peut être entièrement dépourvue de péritoine et par conséquent de sac herniaire;

2° A côté de la vessie ou derrière elle se trouve un sac péritonéal, entraîné par cet organe, et ce sac peut renfermer de l'intestin ou de l'épiploon, mais la vessie se présente directement sans revêtement péritonéal au-dessous des enveloppes de la hernie;

3° La vessie herniée est recouverte par un sac péritonéal, à contenu le plus souvent intestino-épiplôïque;

4° La vessie (deux cas) possède un sac herniaire complet.

Parfois la vessie herniée contient des calculs.

Ces hernies sont primitives ou consécutives; primitives quand la vessie s'engage la première dans le trajet herniaire, consécutives quand son engagement est postérieur à la formation d'une hernie inguinale

ordinaire: la cystocèle se fait alors *par glissement*, ou beaucoup plus rarement *par bascule* quand c'est le sommet de l'organe qui s'engage.

On reconnaîtra la présence de la vessie dans une hernie à l'existence d'une tumeur tendue et fluctuante quand la partie herniée est à l'état de réplétion, molle au contraire et flasque après l'évacuation de son contenu. Ces symptômes peuvent être plus ou moins masqués par la coexistence d'une hernie intestinale ou épiplôïque.

Les troubles fonctionnels consistent en troubles de la miction, ténésme, rétention d'urine, parfois hématuries légères. Mais le phénomène le plus caractéristique est la *miction en deux temps*: le malade vide soit spontanément soit par la sonde la portion de sa vessie non herniée (1<sup>er</sup> temps); vient-on à comprimer la tumeur herniaire, nouvelle émission d'urine (2<sup>e</sup> temps).

L'injection de liquide par la sonde détermine également l'augmentation de volume de la hernie.

Le diagnostic serait donc facile s'il était vrai qu'on peut constater toujours l'existence de ces symptômes; mais il n'en est rien: car très souvent la hernie vésicale ne se distingue par aucun caractère précis d'une hernie ordinaire, et le diagnostic se fait au cours de la kélotomie. Même à ce moment, il peut présenter de grandes difficultés et la blessure de la vessie est fréquente. Si celle-ci se produit, on y remédiera par la suture et l'application d'une sonde à demeure.

## CHAPITRE VI

### HERNIES DE L'OVAIRE ET DE L'UTÉRUS

I. — L'ovaire, comme la vessie, se rencontre surtout dans les hernies *inguinales* (88 cas pour 14 de hernie *crurale*, Puech). Dans la hernie *obturatrice* c'est encore plus rare.

Dans la hernie inguinale, l'ovaire peut se trouver seul, ou accompagné par la trompe et même par l'une des cornes d'un utérus bifide: car la hernie de l'ovaire coïncide souvent avec l'existence d'une malformation des organes génitaux.

La hernie de l'ovaire est toujours pourvue d'un sac herniaire complet; elle peut s'accompagner de hernie de l'intestin ou de l'épiploon. Elle est simple ou double.

L'ovaire est sain et libre d'adhérences, ou au contraire tuméfié et présente dans son parenchyme des épanchements sanguins. Il peut être également le siège d'altérations diverses (dégénérescence kystique, kyste hydatique, kyste dermoïde, adénome kystique, angio-sarcome, cancer). Il peut présenter des adhérences avec le sac.

Fréquemment congénitales, les hernies de l'ovaire sont ailleurs acquises et leur production est favorisée par l'existence de grossesses antérieures ayant entraîné la mobilité excessive de l'ovaire (Conrad). La palpation permet de reconnaître un corps régulièrement arrondi, à surface lisse, roulant sous le doigt, présentant un pédicule qui s'engage dans le trajet herniaire. L'intestin ou l'épiploon peuvent le masquer plus ou moins. A la pression, *sensibilité exquise*. Au moment des règles, gonflement de la tumeur, augmentation de la sensibilité et production de douleurs spontanées.

Au toucher vaginal, d'après Puech, le col utérin est plus élevé qu'à l'état normal et dévié dans le sens opposé à la hernie.

Les hernies de l'ovaire sont sujettes à des accidents qui se rapprochent du véritable étranglement et qui se manifestent par des phénomènes douloureux et inflammatoires. La hernie de l'ovaire est justiciable de l'opération.

Il en est de même des *hernies de la trompe*.

II. — Sur 19 cas de *hernies de l'utérus*, 15 ont été observées à la région inguinale, 2 dans les hernies crurales, 3 dans la hernie ombilicale, 1 dans la hernie obturatrice et presque toujours à gauche.

Il existe toujours un sac herniaire, mais qui peut être incomplet. L'utérus est fréquemment accompagné par l'ovaire et par la trompe et peut présenter des malformations (bifidité, asymétrie).

La tumeur n'est jamais réductible. La palpation, le toucher vaginal, les troubles fonctionnels s'accroissant au moment de la menstruation, pourront mettre sur la voie du diagnostic. Quand la hernie contient une portion de l'utérus gravide, la tumeur augmente graduellement de volume et on a pu y reconnaître des parties fatales. L'avortement, l'étranglement de l'utérus gravide sont la règle dans les variétés autres que la hernie ombilicale.

Comme la hernie de l'utérus n'est pas réductible, elle ne supporte pas l'application des bandages et doit toujours être opérée. Après ouverture du sac, réduction, ou si elle est impossible, excision. Dans les hernies de l'utérus gravide, si la réduction peut être facilement

obtenue et maintenue par un bandage, elle sera suffisante; sinon, opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus.

### FISTULES ABDOMINALES

L'histoire de la plupart des fistules abdominales a été faite en détail avec chacune des affections auxquelles elles se rattachent; il nous a paru néanmoins aussi utile qu'intéressant d'en donner ici un tableau résumé, en ajoutant la description de quelques variétés qui n'ont pu trouver leur place dans le cours des descriptions précédentes.

Envisagées dans leur ensemble, les *fistules abdominales* peuvent être classées sous divers points de vue. Étiologiquement elles sont *traumatiques* ou *pathologiques*; ces dernières sont les plus communes. Elles s'établissent ordinairement à la suite d'un abcès. Leur *point de départ* est *pariétal*, *péritonéal* ou *viscéral*. Elles aboutissent le plus souvent à la peau, et ces fistules *cutanées* sont les plus intéressantes pour le chirurgien; mais elles peuvent être *péritonéo-viscérales*, *abdomino-thoraciques*, *interviscérales*.

Au point de vue de la *nature* de leur écoulement, on les distingue en *séreuses*, *purulentes*, *gastriques*, *stercorales*, *hépatiques* et *biliaires*, *urinaires*, *pancréatiques*.

Toutes les divisions que nous venons de donner peuvent servir de fondement à une classification méthodique et rationnelle des fistules abdominales. La plus clinique et la plus simple nous paraît être celle qui se base sur la nature du liquide fourni par la fistule.

A. *Fistules séreuses*. — Brehm, Ven Horn, Bertrand, Bronson ont cité des exemples d'ascites ouvertes à l'ombilic, et qui se sont vidées par cette fistule séreuse; il se forme d'abord un hydromphale qui se distend, s'amincit et finit par se rompre.

B. *Fistules purulentes*. — Les plus fréquentes peut-être de toutes les fistules abdominales, elles reconnaissent pour cause une variété quelconque de phlegmons abdominaux. — Les abcès de la cicatrice ombilicale prennent souvent une apparence fistuleuse; les abcès de la paroi donnent lieu parfois, mais rarement, au même phénomène.

D'ordinaire, les fistules purulentes sont consécutives à des *phleg-*

*mons sous-péritonéaux* : phlegmon péri-hépatique, phlegmon hypogastrique; elles occupent alors très souvent l'ombilic. — Aussi fréquemment au moins, elles succèdent à un abcès périnéphrétique et s'ouvrent à la région lombaire, ou à la région inguinale, au voisinage de l'arcade crurale; c'est en ce dernier point que débouchent les fistules qui résultent, comme il arrive assez souvent, de l'ouverture d'un phlegmon iliaque.

Parfois il s'agit de fistules purulentes consécutives à l'ouverture d'abcès froids d'origine osseuse, provenant de la colonne vertébrale, des côtes ou du bassin, ou de la fonte tuberculeuse de ganglions iliaques.

Une autre variété intéressante comprend les fistules purulentes d'origine péritonéale. Les pelvi-péritonites enkystées peuvent en effet venir s'ouvrir à l'hypogastre, à la région inguinale, à l'ombilic. — Il n'est pas rare de voir les péritonites chroniques simples ou tuberculeuses donner lieu au même phénomène. Enfin certaines variétés de péritonite aiguë, bien décrites par Féréol en 1859 sous le nom de *péritonite perforante*, se terminent en s'ouvrant au même endroit, et, au bout d'un temps variant de douze jours à trois mois, déversent leur contenu purulent par un trajet qui, après être resté plus ou moins longtemps fistuleux, finit ordinairement par guérir. Féréol rapporte 9 guérisons de péritonite perforante sur 12, Gauderon (thèse, 1876) donne 2 morts sur 8; la proportion est la même.

Nous rattacherons à cette variété le cas unique de fistule hypogastrique péritonéale par coup de feu rapporté par Ravaton; le trajet fistuleux était entretenu par la présence du corps étranger.

C. *Fistules pyostercorales*. — Qu'un des abcès dont nous venons de parler s'ouvre à la fois dans l'intestin et à l'extérieur, et l'on a affaire à une fistule pyostercorale ou stercoro-purulente (Verneuil).

Les hommes y sont un peu plus sujets que les femmes (Blin). Certains abcès exposent particulièrement à cette terminaison fistuleuse : ainsi 31 fois sur 72 cas (59 hommes, 55 femmes), il s'agissait d'abcès de la fosse iliaque, 18 fois d'abcès consécutifs à l'issue de vers intestinaux (6 d'entre eux s'ouvraient à l'ombilic); 18 fois la fistule était la suite de péritypblites; 5 fois d'un abcès périnéphrétique.

Une cavité intermédiaire pyostercorale d'un aspect irrégulier, anfractueux, généralement considérable, souvent creusée dans une

sorte d'induration (Verneuil), constitue le principal caractère de ces fistules. — L'orifice intestinal siège ordinairement au cæcum, 22 fois sur 50; 5 fois seulement à l'intestin grêle. L'orifice cutané occupe le plus souvent la région de la fosse iliaque.

La fistule est caractérisée par deux symptômes principaux :

1<sup>o</sup> *Présence du pus dans les selles*;

2<sup>o</sup> *Écoulement par la fistule cutanée de pus mélangé de matières intestinales avec ou sans gaz*.

Ces fistules guérissent en général au bout de quatre à cinq mois; il est souvent indiqué d'agrandir l'orifice cutané et de mettre au jour la cavité intermédiaire. Ce traitement suffit en général. Dans quelques cas cependant, il peut y avoir indication d'appliquer à ces trajets les procédés modernes de la guérison de la fistule stercorale, comme Bouilly l'a fait une fois (1885).

D. *Fistules gastriques*. — L'intérêt des fistules gastriques est double : il réside dans la possibilité d'expérimentation curieuse sur le suc gastrique de l'homme, en second lieu il porte sur les difficultés du traitement.

Tout le monde connaît l'histoire du Canadien de Beaumont; les travaux de Sédillot (1845), Murchison (1858), Middeldorpf (1859), Gauthier (1877), résument l'état de la science sur ce point.

*Étiologie*. — 11 fois la fistule gastro-cutanée reconnaissait pour cause une plaie, 2 fois une contusion, 1 fois la pression persistante d'une pièce de monnaie sur la surface d'un vésicatoire.

Les *fistules spontanées ou pathologiques* sont le plus fréquemment causées par l'ulcère simple, 14 cas, le cancer, 8 cas (statistique de Gauthier).

Depuis les succès de la gastrotonomie, on pourrait encore décrire une variété de fistules *opératoires*.

*Anatomie pathologique*. — Le trajet est généralement très court; l'orifice viscéral siègeait 7 fois près du pylore; 5 fois sur la paroi antérieure, 4 fois sur la grosse tubérosité, 4 fois sur la grande courbure. L'orifice cutané, induré, excorié par les liquides stomacaux, occupe l'épigastre, au-dessus et à droite de l'ombilic, s'il y a lésion pylorique; plutôt vers l'hypochondre gauche, si c'est la grosse tubérosité qui est atteinte.

*Symptômes*. — A l'issue des liquides stomacaux et des aliments s'ajoutent quelques troubles fonctionnels : augmentation

de l'appétit, de la soif, constipation, diminution de la sécrétion urinaire.

*Traitement.*— Si la fistule est petite, on essaiera la compression, les cautérisations; il est difficile d'en protéger les bords contre l'action du suc gastrique; dans ce but, on a recours aux substances isolantes, collodion, laque, etc.; pour fermer la fistule, ce qu'il ne faut jamais essayer trop tôt, on décolle sur une petite étendue la muqueuse stomacale et on la suture isolément; les bords de l'orifice externe sont ensuite rapprochés; on peut encore avoir recours à un lambeau autoplastique.

E. *Fistules stercorales.* — Après ce que nous avons dit des plaies de l'intestin et de l'anus contre nature, il reste peu de chose à ajouter sur les fistules stercorales ou intestinales. Elles sont d'origine traumatique ou pathologique; il s'agit alors le plus souvent d'accidents herniaires ou de perforations de l'intestin pour l'élimination d'helminthes, de corps étrangers.

Les perforations helminthiques s'observent peu après quinze ans; elles se sont faites souvent à l'ombilic (Davaine).

Chez le nouveau-né, la ligature d'une hernie ombilicale, d'un diverticule de l'intestin, méconnus et serrés avec le cordon, constitue une variété importante sur laquelle nous avons attiré l'attention (Voir *Hernie ombilicale*).

Ce traitement consiste en compression, cautérisation, suture isolée, avivement, autoplastie.

F. *Fistules hépatiques et biliaires.* — Comme presque toutes les fistules, elles se produisent par un phlegmon intermédiaire. Les résultats de l'exploration sont ici très importants, puisqu'ils peuvent conduire au diagnostic : calculs biliaires, abcès du foie, kystes hydatiques.

G. Les *fistules urinaires abdominales* les plus intéressantes sont celles qui sont dues à la persistance de l'ouraqué, coïncidant avec l'urèthre normal ou avec l'urèthre imperforé. On en a cité des exemples chez l'adulte à la suite de rétention d'urine. (Raussin, Portal, Cooper.)

H. On a cité un cas de *fistule pancréatique* avec issue de calculs analogues aux calculs salivaires.

I. Les *fistules viscérales internes* qui ne fournissent aucun produit à la surface de la peau intéressent beaucoup moins le chirurgien; nous nous contenterons de les énumérer, ce sont :

Les *fistules péritonéo-viscérales* consécutives à l'ouverture d'une péritonite enkystée ou non, d'une hématocele dans l'intestin, le vagin, la vessie.

Les *fistules abdomino-thoraciques* résultant en général de l'ouverture d'un abcès, d'un kyste du foie ou de la rate, dans les séreuses thoraciques ou le poumon : fistules hépato-péricardiques, hépato-pleurales, hépato-bronchiques, etc.

Les *fistules interviscérales* consécutives à des abcès, à des ulcérations simples ou organiques, à la migration d'un corps étranger, d'un calcul; elles peuvent s'étendre de l'estomac au côlon transverse du foie et de la vésicule biliaire à un point quelconque de l'intestin.

Celles qui s'établissent entre le rein ou la vessie et l'intestin, l'utérus ou le vagin, sont tout à fait spéciales et seront étudiées à part avec le soin qu'elles méritent.

#### CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

Depuis quelques années, la chirurgie tend à prendre une place prépondérante dans le traitement des affections de l'estomac.

C'est au *cancer* qu'elle s'est adressée tout d'abord. Péan, en 1879, et Rydygier, en 1880, firent les premiers chez l'homme l'extirpation du pylore que Gussenbauer avait expérimentée sur le chien. On s'est adressé quelquefois à des tumeurs siégeant sur le corps même de l'organe, et on a pratiqué une gastrectomie partielle ou même totale. Mais ce sont les cancers du pylore avec obstruction de cet orifice qui ont surtout bénéficié de l'intervention. Celle-ci peut être directe : c'est la *pylorectomie*, qui ne devra être tentée qu'au cas de néoplasme circonscrit et non adhérent, ou indirecte : c'est la *gastro-entérostomie* ou anastomose de l'estomac, avec l'angle duodéno-jéjunal. Elle a été pratiquée pour la première fois par Wölfler, assistant de Billroth, en 1881. Elle est plus bénigne que la pylorectomie, mais ses résultats éloignés et même immédiats sont bien inférieurs à ceux qu'on obtient par l'ablation du néoplasme (Hartmann et Soupault). Malheureusement, les malades sont presque toujours envoyés trop tard vers le chirurgien. La gastro-entérostomie est un pis-aller; elle est cependant aussi rationnelle que l'anus iliaque dans le cancer inopérable du

rectum ou la gastrostomie dans le cancer œsophagien, car, comme cette dernière, elle évite la dénutrition, en assurant par un circuit détourné le passage des aliments, et à la manière de l'une et de l'autre, en soustrayant le néoplasme au contact des corps étrangers, elle ralentit son évolution et s'oppose aux infections secondaires. Ses résultats palliatifs sont même supérieurs à ceux des opérations précédentes, « en ce sens qu'ils sont complets et qu'il ne reste pas une infirmité apparente, rappelant sans cesse au malade qu'il n'est pas guéri, et frappant sans cesse son moral ». (Guinard.)

Parmi les *affections non cancéreuses* de l'estomac, les rétrécissements cicatriciels du pylore se placent au premier plan. Ici c'est à la gastro-entérostomie qu'il convient de donner la préférence. En effet, la *divulsion digitale du pylore* (Loreta) est irrationnelle comme toutes les dilatations qu'on ne peut surveiller et est plus dangereuse que la gastro-entérostomie quand le pylore est adhérent et difficilement accessible (Roux de Lausanne). La *pyloroplastie* (opération de Heineke-Mikulicz) consiste à inciser longitudinalement le pylore et à suturer ensuite perpendiculairement à son axe, ce qui agrandit le calibre de l'orifice. D'une exécution facile dans les cas simples, cette opération devient difficile et expose à de sérieux dangers dans le cas d'adhérences larges et résistantes : ruptures de l'estomac, hémorragies. De plus, les sutures peuvent lâcher quand les tissus sont très altérés. Enfin, en cas de doute sur la nature bénigne ou maligne de la sténose, l'incision peut favoriser l'extension du néoplasme et la récurrence paraît devoir être assez fréquente. Avec Forgues et Reclus, nous concluons que la pyloroplastie doit être réservée aux cicatrices pyloriques pas trop étendues ni adhérentes, et quand il n'existe point de lésion de nature suspecte, ce qui est souvent bien difficile à affirmer.

L'*ulcère de l'estomac* est justiciable de l'intervention lorsqu'il a déterminé par sa cicatrisation un rétrécissement pylorique, qu'il s'accompagne d'adhérences très douloureuses qu'il faut supprimer, ou qu'il a déterminé la perforation du viscère, d'où une péritonite qui devra être immédiatement traitée par la laparotomie. L'opération est plus discutable au cas d'hématémèses, bien que leur abondance (un demi-litre ou un litre) ou leur répétition la rendent, d'après Dieulafoy, absolument légitime. Il faut cependant reconnaître que le traitement médical peut donner des résultats satisfaisants, même dans les cas

les plus graves en apparence. D'autre part, la découverte du point saignant est souvent impossible. De fait, nous arrivons aujourd'hui à un total de 14 faits avec une mortalité de plus de 2 sur 3 (Guinard). Quant à l'ulcère non compliqué, sa cure radicale peut être tentée par la gastro-entérostomie de préférence à son extirpation, quand l'affection résiste depuis longtemps au traitement médical et s'accompagne de douleurs vives et de vomissements incessants.

La *dilatation prosopathique* de l'estomac, sans rétrécissement du pylore, tend à entrer aussi dans le domaine chirurgical. La gastroplicature qui cherche à réaliser directement la diminution du calibre de l'organe par plissement de ses parois, n'a pas d'indications bien établies. Il n'en est pas de même de la gastro-entérostomie, conseillée par Marcel Baudoin, exécutée par Jeannel en 1892, puis par Doyen. Il est difficile encore aujourd'hui d'expliquer le mode d'action de cette opération. Mais comme elle a donné de brillants succès et qu'il s'agit d'une affection grave, on peut admettre que l'aggravation de l'état général et l'inefficacité bien constatée des moyens médicaux la rendent absolument légitime.

---

## SIXIÈME PARTIE

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU FOIE

---

Les immenses progrès de la chirurgie abdominale, en étendant le champ de son intervention, imposent au chirurgien d'aujourd'hui le devoir de bien connaître certaines affections du foie, au cours desquelles il aura souvent désormais l'occasion d'intervenir. — Il doit particulièrement s'occuper des abcès, des kystes hydatiques du foie, des lésions calculeuses, des tumeurs de la vésicule biliaire.