

sionnées par les mouvements du tronc, par l'abduction, la rotation du membre et par la pression. La hernie obturatrice réductible ne peut guère être maintenue par aucun bandage.

Lorsqu'elle est étranglée, et cet accident n'est pas très rare, (Pimbel, th. 1882), on doit pratiquer le taxis dans une position favorable, c'est-à-dire les cuisses fléchies sur l'abdomen. Si le taxis ne réussit pas, on aura recours à la kélotomie, en faisant une incision suffisante pour y voir clair dans la profondeur. Cette incision devra suivre les règles indiquées (Dupuytren, Trélat), être faite parallèlement à l'artère fémorale, à 2^{cm}, 5, ou 5 centimètres en dedans d'elle, puis on pénétrera entre le pectiné et les adducteurs, et on arrivera ainsi sur le sac herniaire.

Mais, le plus souvent, soit oubli d'exploration, soit que celle-ci n'ait rien révélé de particulier, le diagnostic n'est pas fait; on croit à un étranglement interne; c'est encore un cas où la laparotomie faite de bonne heure, et suivie d'une exploration attentive des orifices par lesquels peuvent s'échapper les hernies, permettrait de poser un diagnostic certain, suivi d'une intervention immédiate qui aurait toutes chances de succès.

2° *Hernie ischiatique*. — Hernie exceptionnelle, dont les caractères sont fort mal indiqués et connus. — Le cas le plus explicite est rapporté par A. Cooper : l'intestin sorti par la partie supérieure de l'échancrure sciatique, en avant et un peu au-dessus du nerf sciatique, était venu s'étaler au-dessous du muscle grand fessier. — Le malade, jeune homme de vingt-sept ans, succomba le sixième jour à l'étranglement. — La hernie était méconnue; on devait donc penser à un étranglement interne. — Il nous semble que dans les cas de ce genre la laparotomie serait aussi indiquée que la kélotomie par la région fessière. — On a cité quelques observations où la tumeur avait été diagnostiquée et réduite.

4° CATÉGORIE *Hernies qui se font à travers du plancher du périnée.*

1° *Hernies vaginales*. — Ces hernies sont les plus fréquentes. — L'intestin descendant dans les culs-de-sac péritonéaux trouve principalement dans le cul-de-sac postérieur une véritable prédisposition, que viennent compléter les modifications de structure occasionnées dans le vagin par la distension suite d'accouchements multiples; on

conçoit donc qu'il puisse refouler la paroi vaginale, s'en coiffer pour ainsi dire, et venir former dans le vagin une tumeur arrondie, molle et réductible. Cette réduction s'accompagne d'un bruit de gargouillement, qui est l'élément le plus important du diagnostic différentiel avec le prolapsus du vagin. — Lorsque la hernie se fait à la partie antérieure, elle est très élevée. — Le principal inconvénient de cette hernie réside dans le danger qu'elle fait courir à l'intestin pendant l'accouchement. — En dehors de cette circonstance l'étranglement est exceptionnel.

Un pessaire approprié est le meilleur moyen de contention des hernies vaginales.

2° *Hernies vagino-labiales*. — Ces hernies, dit Duplay, apparaissent à la partie postérieure de la grande lèvre, après avoir traversé les fibres antérieures du releveur de l'anus, l'intestin étant descendu en avant du ligament large; c'est en cherchant à suivre leur pédicule qu'on les distinguera des hernies inguinales et périnéales qui seraient développées dans les mêmes régions.

5° *Hernies périnéales*. — L'intestin descendu chez la femme en arrière du ligament large, entre le vagin et le rectum, et chez l'homme, entre le rectum et la vessie, traverse les dernières fibres du releveur de l'anus, et vient faire saillie sur les côtés du périnée postérieur : A. Cooper a vu la hernie entre la prostate et l'anus, en avant de celui-ci.

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

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 classés sous divers points de vue. Étiologiquement elles sont *traumatiques* ou *pathologiques*; ces dernières sont les plus com-

munes. 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 *phlegmons 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 12 jours à 5 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 51 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 pérityphlites; 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° *Présence du pus dans les selles*;

2° *Écoulement par la fistule cutanée de pus mélangé de matières intestinales avec ou sans gaz*.

Ces fistules guérissent en général au bout de 4 à 5 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 (1846), 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 la 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 gastrotomie, 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 essayera 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*).

Le 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 hématoécèle 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.