

s'est formée depuis peu de temps, et que l'estomac et l'intestin ont fait irruption dans la cavité thoracique, le médecin appelé posera le plus souvent le diagnostic de pneumothorax circonscrit, et ce n'est que la durée des symptômes physiques et leur inconstance qui éveilleront des doutes dans son esprit. S'il observe, en même temps, des symptômes d'irritation péritonéale, de constipation opiniâtre, ou même d'étranglement interne, il acquerra un peu plus de sûreté dans l'interprétation des phénomènes observés. Dans un cas typique de ce genre, j'ai tout au moins supposé qu'il s'agissait d'une hernie diaphragmatique, et ce diagnostic de probabilité s'est trouvé confirmé, à l'autopsie, au bout de plusieurs années, le malade ayant succombé à une autre affection.

Dans les cas non récents de hernies diaphragmatiques, on réussit assez souvent à poser un diagnostic exact, lorsque, chez un individu qui se plaint de troubles fonctionnels pouvant faire soupçonner une hernie, on constate l'existence d'un pneumothorax circonscrit du côté gauche avec phénomènes cliniques très variables; le diagnostic sera plus sûr encore si l'anamnèse nous apprend qu'un traumatisme antérieur a été suivi des troubles gastriques.

Les hernies diaphragmatiques congénitales entraînent souvent la mort du nouveau-né, à cause de l'étendue de l'ouverture de communication et de la pénétration en masse des viscères abdominaux dans la cavité thoracique. Par contre, les hernies acquises sont compatibles avec une longue existence; parfois même elles ne se manifestent que par des troubles digestifs modérés dans d'autres cas; on observe des symptômes de compression des poumons par les viscères herniés. La hernie peut s'étrangler, ce qui n'est pas très rare, et l'on voit survenir alors des symptômes d'étranglement interne. C'est précisément dans les cas de ce genre que l'on réussit assez souvent à reconnaître la nature de la maladie en se basant à la fois sur les phénomènes d'auscultation et de percussion, sur l'anamnèse et sur les symptômes d'étranglement. De fait, le diagnostic a pu être ainsi posé plusieurs fois. Néanmoins, on n'a pas encore fait, jusqu'ici, de tentatives opératoires dans le but de guérir les hernies diaphragmatiques étranglées. Il est hors de doute, cependant, que le seul moyen de traitement rationnel, est celui qui a été déjà indiqué par LAENNEC, et qui consiste à pratiquer une incision des parois abdominales d'une longueur suffisante pour permettre d'introduire deux doigts dans la plaie et d'attirer en bas les viscères herniés. De nos jours, grâce aux garanties que nous donne la méthode antiseptique, cette opération a perdu un peu des dangers qui lui sont inhérents. L'incision doit avoir une étendue suffisante pour que l'on ne soit pas gêné par les intestins dans les manipulations nécessaires à la réduction de la hernie.

Dans les hernies diaphragmatiques non étranglées, il ne saurait naturellement être question d'un traitement. Les individus qui en sont affectés doivent mener une vie paisible et éviter tout excès de table.

4. FISTULE STERCORALE ET ANUS CONTRE NATURE

§ 144. — Lorsqu'une anse intestinale a contracté des adhérences avec le péritoine pariétal, et qu'une ouverture fait communiquer l'intestin avec l'intérieur, soit à travers les parois abdominales, soit au niveau d'un sac herniaire, on donne à cette ouverture de communication le nom de **fistule intestinale** ou **fistule stercorale**. Une partie du contenu de l'intestin s'écoule au dehors par cette fistule. Lorsque, par suite des conditions anatomiques de l'intestin et de la fistule, tout le contenu intestinal sort par l'ouverture des parois abdominales au lieu d'être évacué par les voies naturelles, il est d'usage de donner à la fistule présentant ces caractères le nom d'**anus contre nature**.

Dans le cours de notre étude des maladies chirurgicales de l'abdomen, nous avons déjà fait plusieurs fois mention des fistules stercorales qui succèdent à des lésions traumatiques, ou reconnaissent pour cause des processus inflammatoires et néoplasiques. Une plaie des parois abdominales et de l'intestin peut déterminer directement une fistule, les bords de la plaie intestinale venant se souder au pourtour de la plaie extérieure; ou bien l'endroit blessé de l'intestin contracte des adhérences avec le péritoine pariétal, et il se forme à ce niveau un **abcès stercoral** qui donne lieu secondairement à une fistule.

Bien plus souvent on observe une fistule stercorale à la suite de processus inflammatoires et gangréneux de l'intestin. Dans les formes inflammatoires on ignore souvent la nature exacte du processus, dont la connaissance serait cependant d'une très grande importance au point de vue du traitement. Cependant nous croyons ne pas nous tromper en mettant sur le compte de la **tuberculose** la majorité des fistules intestinales inflammatoires. Il ne s'agit pas seulement d'ulcérations perforantes de l'intestin lui-même; assez souvent, en effet, la tuberculose débute non pas par la muqueuse, mais bien par l'enveloppe péritonéale de l'intestin dans les cas de tuberculose du péritoine. L'intestin contracte alors des adhérences avec la paroi abdominale, tandis que le processus tuberculeux se propage jusque dans la cavité intestinale. Dans ces cas, on observe parfois des perforations multiples faisant communiquer l'intestin avec l'extérieur; ainsi dans les fistules intestinales de la région de l'ombilic, que nous avons décrites plus haut, on trouve parfois fixées à la paroi antérieure de l'abdomen un certain nombre d'anses intestinales recouvertes par le péritoine tuberculeux et présentant çà et là des perforations.

Des perforations non tuberculeuses peuvent être évidemment aussi déterminées par des processus qui détruisent de dehors en dedans la paroi intestinale. Ainsi, nous avons observé plusieurs fois des fistules du gros intestin dans le côté droit du bassin, fistules qui s'étaient formées à la

suite d'un **phlegmon** dû très probablement à des ganglions lymphatiques infectés, le phlegmon ayant été, en effet, précédé d'une lymphangite du pied. A ces formes de fistules nous devons ajouter celles qui ont été observées à la suite de divers processus typhiques, dysentériques, blennorrhagiques, syphilitiques et néoplasiques de l'intestin.

Bien plus souvent, c'est au niveau d'une **anse intestinale étranglée** dans un sac herniaire que l'on voit survenir une fistule à la suite d'une **gangrène de l'intestin**.

Dans notre étude de la gangrène herniaire, nous avons décrit longuement les variétés de siège et d'étendue des parties gangrenées de l'anse intestinale herniée, et il est aisé de comprendre que ce soit précisément dans ces conditions que l'on rencontre les formes de fistules les plus variées et les plus importantes au point de vue du traitement. On s'explique ainsi facilement que la grande majorité des fistules stercorales s'observent dans les régions des anneaux herniaires, et particulièrement au niveau du canal inguinal, du canal crural et de l'ombilic.

Abstraction faite de ces fistules qui s'ouvrent à la surface de l'abdomen, il est évident que l'intestin peut présenter des ouvertures pathologiques qui le font communiquer avec d'autres organes creux de la cavité abdominale. A la suite de lésions traumatiques, de processus inflammatoires et néoplasiques intéressant une anse intestinale, celle-ci contracte des adhérences, soit avec une autre partie de l'intestin, soit avec la vessie, l'utérus, le vagin; une perforation dans ces cavités peut en être la conséquence. Nous ne ferons que mentionner les fistules de communication qui s'établissent ainsi entre deux portions d'intestin, ainsi que les fistules utéro, vagino et vésico-intestinales.

Supposons qu'une anse intestinale faiblement recourbée et perforée latéralement ait contracté des adhérences avec la paroi abdominale, et qu'une fistule en ait été la conséquence, on verra alors de temps en temps le contenu de l'intestin s'écouler au dehors par l'orifice fistuleux, mais la plus grande partie de ce contenu pénétrera dans la partie de l'intestin inférieure à la fistule, et le cours des matières ne sera pas gêné d'une façon notable. Par contre l'obstacle est d'autant plus grand que l'intestin au niveau de son point de fixation décrit un arc de cercle à plus petit rayon, ou que cet arc de cercle fait place à un angle plus aigu, dont les bouts afférent et efférent de l'intestin forment les côtés et la fistule le sommet. Il est évident que c'est dans les cas de parallélisme de ces deux portions de l'intestin que le passage des matières dans le bout inférieur présentera le plus de difficultés. Dans ces conditions le contenu intestinal s'écoulera toujours en plus grande quantité par la fistule qui constitue alors la voie la plus directe. Mais le passage des matières dans le bout inférieur est rendu plus difficile encore par certaines conditions mécaniques dues précisément à la forte coudure du tube intestinal du côté mésentérique, et il en est ainsi principalement dans les cas de des-

truction étendue d'une anse intestinale dont la portion mésentérique restée intacte s'infléchit fortement et vient faire saillie dans la fistule en formant ainsi cloison entre les deux orifices de l'intestin. Cette saillie devient encore plus marquée lorsque les deux bouts de l'intestin se soudent entre eux du côté péritonéal. D'après SCARPA, dont nous reproduisons ici le dessin d'un anus contre nature de l'intestin grêle (fig. 47), on désigne cette espèce de saillie valvulaire sous le nom de **promontoire**, tandis qu'elle constitue l'**éperon** dans la terminologie adoptée par DUPUY-

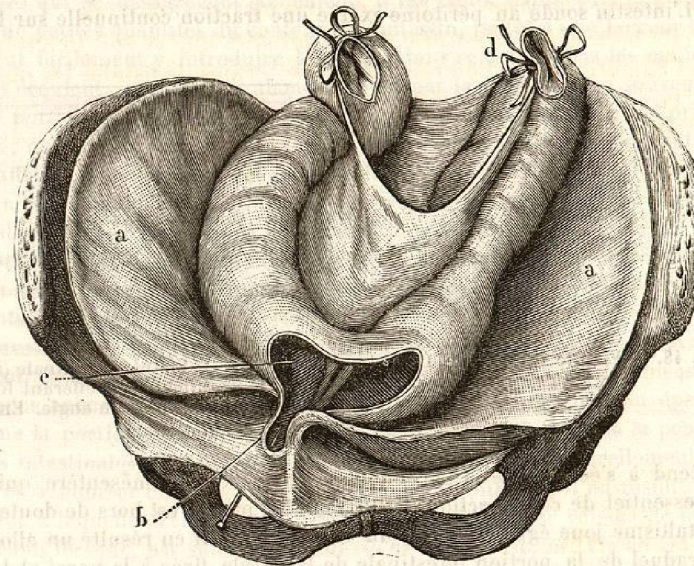


Fig. 47. — Anus contre nature de l'intestin grêle, d'après SCARPA.

TREN. Les deux figures schématiques ci-jointes expliquent de la façon la plus simple le mécanisme que nous venons de décrire; la fig. 48 représente une ouverture latérale de l'intestin et la fig. 49 une anse intestinale coudée à angle aigu avec formation d'un éperon.

Le mode d'union de l'intestin avec les téguments externes peut être tout à fait défavorable à la guérison de la fistule. Dans certains cas, la paroi de l'intestin se soude simplement au feuillet pariétal du péritoine, et le trajet qui fait communiquer l'intestin avec l'extérieur à travers la paroi abdominale est tapissé seulement par des granulations: c'est une **fistule tubulaire simple**. Dans d'autres cas, la muqueuse de l'intestin a pénétré dans le trajet fistuleux et a contracté des adhérences avec la peau; la fistule, qui possède alors un revêtement épithélial complet, prend le nom de **fistule labiée** (ROSER). La première forme qui, de même que d'autres fistules tubulaires, a une tendance à la guérison spon-