

V

FISTULES

On nomme *fistules* des dépressions canaliculées et des conduits anormaux d'origine congénitale ou pathologique.

Depuis les livres hippocratiques, leur étude générale a surtout été faite d'après l'histoire particulière de la fistule à l'an. Mais, à la fin du XVIII^e siècle, les descriptions se précisent avec le traité de Percival Pott et le mémoire de Marvidez, couronné par l'Académie royale de chirurgie. De nos jours, nous citerons les recherches de Dupuytren, l'article de Marjolin dans le *Dictionnaire en 50 volumes*; puis le travail de Verneuil, publié en 1858 dans les *Archives de médecine*. Les fistules congénitales ont été reconnues et décrites par Dzondi, Duplay, Cusset, Lannelongue et Heurtaux.

Classification et étiologie. — Les fistules sont *congénitales* ou *accidentelles*. Quelques fistules *congénitales* pourraient bien être dues à des inflammations ulcéreuses et rentreraient dans le cadre des fistules accidentelles; mais ces cas doivent être exceptionnels, et c'est par un arrêt de développement qu'on explique les fistules congénitales. Celles du cou ont pour origine la non-coalescence des arcs branchiaux; celles de l'ombilic, une persistance de l'ouraque; les fistules du rectum qui s'ouvrent dans le vagin ou dans la vessie, un défaut dans le cloisonnement du cloaque de la période embryonnaire; les fistules de la région sacro-coccygienne décrites par Heurtaux, Terrillon et Lannelongue, et celles de la région ano-coccygienne vues d'abord par nous, puis par Lannelongue, ont une pathogénie encore douteuse, mais qui doit tenir à quelque vice dans le développement de la colonne vertébrale et de la fente urogénitale.

Les fistules *accidentelles* sont divisées en deux grandes classes: celles qui se terminent en cul-de-sac au milieu des tissus, et celles qui communiquent avec un conduit naturel ou une cavité. Les premières, les fistules *borgnes*, *non communicantes*, sont *idiopathiques* lorsqu'elles succèdent à des abcès chauds ou froids, et *symptomatiques* lorsqu'elles dépendent d'une affection osseuse, d'un ganglion strumeux, d'un dépôt de tuberculose viscérale ou sous-

cutanée, d'un corps étranger quelconque enclavé dans les chairs ou dans le squelette.

Les secondes, les fistules *complètes* ou *communicantes*, forment la classe la plus importante; elles renferment deux catégories: celles qui s'ouvrent dans une cavité *séreuse*, fistules des gaines des tendons, des bourses sous-cutanées accidentelles ou naturelles, les fistules pleurales, péritonéales ou péricardiques, dont Marjolin a cité un cas, et celles qui pénètrent dans une cavité *muqueuse*, tantôt au niveau d'un conduit excréteur, canal de Sténon ou de Wharton, canal cholédoque, urèthre ou urètre, tantôt dans un réservoir, sac lacrymal, vésicule biliaire, vessie, bassin. Citons encore les fistules des voies aériennes, du tube digestif, œsophage, estomac, intestins et rectum, les plus fréquentes avec celles des organes génito-urinaires. Les fistules lymphatiques ne rentrent dans aucune de ces divisions et constituent une classe à part.

Quand une fistule accidentelle s'établit, certaines conditions expliquent le défaut de réunion de la perte de substance et, 1^o, l'écartement des parois: lorsque le tissu cellulaire interposé à deux membranes s'est fondu, si ces membranes sont maintenues par des adhérences à des plans osseux, cartilagineux ou aponévrotiques, le contact n'a pas lieu et la cavité reste béante; ainsi se forment les fistules de la fosse ischio-rectale. De la même manière, dans les fistules pleurales, la paroi thoracique ne peut se rapprocher du poumon rétracté, et la fusion des deux feuillets séreux ne se fait pas. 2^o, la motilité des parties: si la contraction musculaire vient séparer les surfaces bourgeonnantes, l'adhérence sera sans cesse contrariée et chaque paroi se cicatrisera de son côté; de l'extrême mobilité du rectum dépendent plusieurs fistules de la région anale. 3^o, le passage du pus ou des liquides normaux contenus dans la cavité, les débris caséux d'un ganglion dégénéré, les matières issues d'une ulcération intestinale, la salive du canal de Sténon, le mucus du sac lacrymal, l'urine du bassin, de la vessie et de l'urèthre, qui, par leur action irritante et par leur action mécanique, s'opposent à la coalescence des parois. 4^o, l'absence de plasticité des tissus: lorsque le derme est aminci, bleuâtre, privé de vaisseaux, l'adhérence des parois ne se fait pas. On comprend aussi combien l'état général du malade et ses diathèses influent sur la vitalité des éléments anatomiques. N'a-t-on pas vu, sur certains trajets, dans les fistules à l'an, par exemple, se

déposer incessamment des amas nouveaux de matière tuberculeuse? 5°, la rétraction cicatricielle des muqueuses : Verneuil a insisté sur ce mécanisme; c'est ainsi que pour les pertes de substance vésico-vaginales, la résorption de la matière amorphe écarte les lèvres de la solution de continuité si le bourgeonnement n'est pas considérable.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons le trajet et les orifices de la fistule. Lorsque la fistule est *borgne*, son orifice unique est tantôt muqueux, tantôt cutané; lorsqu'elle est *complète*, elle a deux orifices, bimuqueux, bicutanés, ou l'un muqueux, l'autre cutané, ce qui est la règle. L'orifice muqueux ou interne est en général unique, petit, arrondi; l'externe, ou cutané, est tantôt saillant, ouvert au centre d'un mamelon, tantôt enfoncé, « déprimé en cul-de-poule », et tantôt effacé, perdu dans un repli de la peau : il faut une attention extrême pour le découvrir. L'orifice des fistules borgnes externes est précédé, ou d'une ampoule terminale, ou d'un véritable clapier, canalicules anastomosés en réseau et où le pus s'accumule. La fistule est dite *en arrosoir* lorsqu'il existe un grand nombre d'orifices externes.

Le *trajet* est unique ou multiple; dans ce dernier cas on peut trouver de véritables galeries, parfois rectilignes, mais le plus souvent flexueuses, anastomosées entre elles, et où circulent le pus et les matières excrétées. Le tissu qui les entoure est friable, demi-transparent, lardacé; mais il peut être aussi fibreux, résistant; il crie sous le scalpel. Cette induration est due à la prolifération cellulaire que provoque l'irritation exercée sur la fistule par le pus. Aussi le trajet se révèle-t-il par une consistance et une rigidité qui contrastent avec la souplesse des tissus environnants; la palpation permet de le suivre dans le périnée lors des fistules à l'anus, à travers les enveloppes scrotales dans les épидидymites tuberculeuses. La peau proprement dite est blanche ou rosée, lisse, analogue aux membranes muqueuses. Les examens histologiques de Joseph Renaut et de Legros la montrent constituée par une traînée dermo-papillaire, sans fibres élastiques, sans glandules, mais riche en vaisseaux et en cellules embryonnaires, et revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Symptômes. — On ne saurait tracer un tableau général des fistules, car chacune emprunte à la région où elle se développe une

physionomie spéciale. Les causes qui les produisent sont tellement multiples que les symptômes précurseurs ne peuvent avoir entre eux la moindre analogie; le phlegmon de la fosse ischio-rectale ne rappelle en rien la lithiase qui ouvre les voies biliaires, l'accouchement qui sphacèle le bas-fond vésical, ou le bistouri qui sectionne le canal de Sténon. La nature de l'écoulement est aussi trop variable pour prêter à une description commune; ne voyons-nous pas suinter à l'orifice du pus ou du mucus, du lait ou de la bile, de l'urine ou de la lymphe, des matières stercorales ou des détritibus tuberculeux?

Certains de ces liquides exercent une action irritante et finissent par provoquer des érythèmes ou même des érysipèles. Cette complication s'observe souvent autour des fistules stercorales et sur la peau des cuisses dans les fistules vésico-vaginales. Par contre, il est des fistules absolument sèches, et dans ce genre nous citerons les fistules anales que provoque le syphilome anorectal, et les dépressions congénitales des régions sacro-coccygienne et ano-coccygienne. L'évolution des fistules dépend de leur variété: les unes restent stationnaires; d'autres peuvent, à propos d'une inflammation, d'une amélioration de l'état général, marcher vers la guérison. Il en est dont un des orifices s'oblitére; du pus s'amasse, un abcès se déclare, et souvent un nouveau trajet se creuse. Ainsi les fistules borgnes se transforment en fistules complètes.

Diagnostic. — Les fistules se reconnaîtront sans difficulté; l'existence d'un orifice, d'un trajet que le stylet peut parcourir, l'écoulement d'un liquide, permettront, en dehors même des commémoratifs, un diagnostic précis. L'existence de la fistule assurée, on cherchera son origine et ses causes, le nombre des orifices, la direction du conduit, son étendue, et la sonde de femme, le stylet de trousse donnent, sur ces points, les renseignements les plus nets. Il ne faudra pas oublier que certaines fistules sont intermittentes: une pellicule cicatricielle se forme et recouvre l'orifice qui échappe à toutes les investigations; mais cette fragile membrane se rompt, et le pus qui suinte révèle le siège du trajet.

Traitement. — La première condition est de faire disparaître, si possible, la cause qui entretient la fistule; l'extraction d'un séquestre, d'un corps étranger quelconque a souvent tari un clapier, et l'on a vu des fistules persistantes de la joue, du cou, et même de

la région claviculaire ou sternale, s'oblitérer après l'arrachement d'une dent dont la racine cariée entretenait la suppuration. La *compression* simple sur des trajets dont les parois sont mécaniquement écartées, l'*immobilisation* dans d'autres où les mouvements s'opposent à la coalescence, ont amené des guérisons rapides; un bon air, une alimentation abondante, les bains de mer ou les bains sulfureux, suffisent lorsqu'un manque de plasticité des tissus, un lymphatisme exagéré, paralysent seuls le processus cicatriciel.

Mais lorsque les parois se sont organisées, lorsqu'un épithélium les tapisse, les surfaces opposées ne peuvent plus s'unir; pour que l'adhésion se fasse, il faut détruire les revêtements cellulaires: les *injections irritantes*, la teinture d'iode, la liqueur de Vilate, empruntée à l'art vétérinaire, ont donné de bons résultats; la *cautérisation* avec une aiguille rougie, la destruction des parois avec le thermocautère ou le couteau galvanique, l'*extirpation* du trajet au bistouri, sont des moyens plus énergiques et plus sûrs: pour les fistules congénitales du cou, la dissection attentive des parois de la fistule est maintenant jugée le seul traitement efficace, et l'on doit la pratiquer avec circonspection, car le conduit anormal côtoie presque toujours la gaine des vaisseaux.

Ces considérations générales ne seront d'aucune utilité pour le traitement de certaines fistules qui, nous l'avons déjà dit, empruntent à la région où elles se trouvent des caractères tout spéciaux: les fistules de l'extrémité inférieure du rectum réclament un genre d'intervention particulier, vu la présence de la fosse ischio-rectale; les fistules vésico-vaginales ont une thérapeutique qui n'est pas celle de leur congénère, la fistule recto-vaginale. Les fistules stercorales de l'abdomen, les fistules du canal de Sténon, ont suscité des procédés opératoires dont la description serait ici déplacée.

VI

GANGRÈNES

On appelle *gangrène* la mortification limitée des tissus; elle se caractérise par l'arrêt de tout échange nutritif et de toute action organique.

Gangrène et *sphacèle* sont maintenant synonymes; cependant le

mot sphacèle s'applique surtout aux gangrènes étendues. L'*eschare* est le lambeau mortifié que l'inflammation sépare du vif. Dans le tissu osseux, la gangrène se nomme *nécrose* et l'*eschare séquestre*. — C'est une affection que tous les anciens auteurs signalent; au xviii^e siècle, elle a été décrite par Quesnay, Jeanroy et Percival Pott; au xix^e, on a mieux pénétré ses conditions étiologiques et sa pathogénie. Maurice Raynaud, dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, et Spillmann, dans celui de Dechambre, nous en donnent une bonne étude générale.

Classification. — Elles se divisent en deux grandes classes: les gangrènes *aseptiques* et les gangrènes *septiques*. La première comprend les mortifications simples dues à une lésion primitive des éléments anatomiques ou à un trouble de nutrition. Cette double origine des gangrènes aseptiques est la base d'une nouvelle subdivision, et nous avons les gangrènes *directes* qui succèdent à des causes extérieures, traumatisme, froidure, brûlure, agents chimiques, et les gangrènes *indirectes* qui dépendent de la circulation ou du sang, et dont les variétés sont nombreuses puisqu'elles peuvent provenir de troubles dans les fonctions *artérielles, veineuses, capillaires* ou *cardiaques*, ou dans la *crase du sang*. Les gangrènes dites *trophiques* rentrent dans l'une des catégories précédentes, et les nerfs n'ont agi sur les tissus mortifiés que par l'intermédiaire des vaisseaux.

Les gangrènes *septiques*, qui, sous un autre nom, faisaient autrefois le fond du chapitre des gangrènes, en sont distraites depuis les conquêtes bactériologiques. On les considère tantôt comme le symptôme primordial, tantôt comme une explication d'une maladie virulente quelconque: charbon, septicémie gazeuse, ou même anthrax, érysipèle, phlegmon diffus. Aussi les étudierons-nous ailleurs. Mais cette division en gangrène septique et aseptique n'est pas rigoureuse; si nos pansements ne sont pas surveillés, les microbes se jettent sur les tissus mortifiés par cause directe ou par trouble circulatoire et en hâtent la désorganisation; les espèces étiologiques se pénètrent et les facteurs s'unissent pour provoquer la gangrène.

Étiologie. — Nous connaissons les causes des gangrènes par lésions *directes*: ce sont tous les traumatismes; et, au premier rang, les contusions. Les froidures, les brûlures, les caustiques jouent un rôle semblable; ils détruisent les éléments anatomiques