

Depuis les recherches de Reverdin on use parfois des greffes épidermiques ou dermo-épidermiques; on pratique même de véritables autoplasties pour guérir les ulcères invétérés. Ces divers procédés ne réussiront que si la surface ulcérée est manifestement bourgeonnante; aussi faut-il souvent une période de préparation: la jambe sera mise au repos, dans une position horizontale; on excitera la couche granuleuse par des préparations appropriées. Puis, lorsque la surface sera bien détergée, rose ou vermeille, on appliquera les îlots épidermiques et les lambeaux de derme, que l'on maintiendra en place par des bandelettes de diachylon. Dans certains cas, on a vu des morceaux de peau rapidement détachés après une amputation, et rapportés sur l'ulcère d'un autre individu, se réunir par première intention. Lorsque les circonstances s'y prêteront, on n'aura garde de manquer occasion pareille.

Disons enfin qu'il est des cas où toute thérapeutique semble inutile. Dès les premiers jours du traitement, on voit l'ulcère se rétrécir, et l'on espère; mais au moindre prétexte, le liséré cicatriciel se fond, et on assiste pendant des mois et des années, selon la patience du sujet, à ces alternatives énervantes. L'amputation est alors indiquée; elle l'est surtout chez les sujets jeunes, lorsque l'ulcère a provoqué des ostéopériostites intenses, une ossification de tous les tissus fibreux de la jambe; la peau distendue et mal nourrie ne peut plus se cicatrifier: l'ablation est le seul remède; il l'est encore lorsque l'ulcère est considérable et qu'il fait le tour du membre, car on ne peut plus espérer une réparation suffisante des tissus; la membrane cicatricielle, si elle parvenait à se former, ne serait ni durable ni solide.

III

DES FISTULES.

On appelle *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'anus. Mais à la fin du dix-huitième 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 trente volumes; puis le travail de Verneuil, publié en 1858, dans les *Archives de médecine*. M. Pozzi nous donne un bon résumé de cette question dans le Dictionnaire de Dechambre.

Classification et étiologie. — Les fistules sont *congénitales* ou *accidentelles*. Quelques fistules *congénitales* pourraient bien être dues à des inflammations ulcéreuses et rentreraient alors dans le cadre des fistules accidentelles; mais ces cas, s'ils existent, doivent être exceptionnels, et c'est par un arrêt de développement que l'on explique les fistules congénitales. Celles du cou, bien étudiées par Dzondi, Duplay et Cusset, 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 d'ordinaire 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 de beaucoup 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, bassinnet. 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.

Pour qu'une fistule accidentelle s'établisse, certaines conditions sont nécessaires qui nous expliquent l'absence de réunion de la perte de substance primitive. On invoque : 1° l'écartement des parois : si peu que le tissu cellulaire interposé à deux membranes se soit fondu, quand ces membranes sont rigides et maintenues par des adhérences à des plans osseux, cartilagineux ou aponévrotiques, le contact n'a pas lieu et la cavité reste béante; n'est-ce pas ainsi que se forment les fistules de la fosse ischio-rectale et de l'espace pelvi-rectal supérieur? 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° la motilité des parties : si la contraction musculaire vient séparer constamment les surfaces bourgeonnantes, l'adhérence sans cesse contrariée ne pourra s'achever, et chaque paroi se cicatrisera de son côté; n'est-ce pas de l'extrême mobilité du rectum que dépendent plusieurs fistules de la région anale? — 3° le passage du pus ou des liquides normaux contenus dans la cavité, les débris caséux qui s'échappent de la coque d'un ganglion en dégénérescence tuberculeuse, les matières stercorales issues d'une ulcération intestinale, la salive du canal de Sténon, le pus et le mucus du sac lacrymal, l'urine du bassinnet, 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° 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 plus ou moins grande vitalité des éléments anatomiques. N'a-t-on pas vu, sur certains trajets, dans les fistules à l'anus, par exemple, se déposer incessamment des amas nouveaux de matière tuberculeuse? — 5° la rétraction cicatricielle des muqueuses; Verneuil a beaucoup insisté sur ce mécanisme particulier; 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*, elle n'a évidemment qu'un orifice tantôt muqueux, tantôt cutané; lorsqu'elle est *complète*, elle a deux orifices, bimuqueux, bicutanés, ou dont l'un est muqueux et 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 alors une attention extrême pour le découvrir. L'orifice des fistules borgnes externes est précédé, ou d'une ampoule terminale plus ou moins large, 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 montrent qu'elle est constituée par une trame 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 et des caractères particuliers. 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 peut rappeler 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 détritits tuberculeux?

Disons toutefois que certains de ces liquides exercent une action fort 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 ano-rectal et les dépressions congénitales des régions sacro-coccygienne et ano-coccygienne. L'évolution des fistules dépend de leur variété: les unes restent indéfiniment 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 alors, un abcès se déclare, et souvent un nouveau trajet se creuse. C'est ainsi que les fistules borgnes se transforment en fistules complètes.

Diagnostic. — Les fistules se reconnaîtront d'ordinaire 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 bien assurée, on cherchera son origine et ses causes, le nombre des orifices, la direction de son trajet, 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, d'ailleurs, que certaines fistules sont intermittentes: une pellicule cicatricielle se forme et recouvre l'orifice qui échappe naturellement à toutes les investigations; mais bientôt cette fragile membrane se rompt, et le pus qui s'écoule révèle le siège du trajet.

Traitement. — La première condition est de faire disparaître, lorsqu'on le peut, 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, par exemple, du cou, et même de la région claviculaire ou sternale, s'oblitérer comme par

miracle 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 parfois amené des guérisons rapides; un bon air, une alimentation abondante, les bains de mer ou sulfureux, suffisent encore 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 au préalable les revêtements cellulaires: les *injections irritantes*, la teinture d'iode, la liqueur de Vilate, empruntée à l'art vétérinaire, ont été préconisées et ont donné de bons résultats; la *cautérisation* avec une aiguille rouge, la destruction des parois avec le thermocautère ou le couteau galvanique, l'*extirpation* du trajet au bistouri, sont des moyens beaucoup plus énergiques et plus sûrs. C'est ainsi que pour les fistules congénitales du cou, la dissection attentive des parois de la fistule est maintenant jugée le seul traitement efficace, et on doit la pratiquer avec circonspection, car le conduit anormal côtoie presque toujours la gaine des vaisseaux.

Ces considérations générales ne seront, d'ailleurs, 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. C'est ainsi que les fistules de l'extrémité inférieure du rectum réclament un genre d'intervention particulier, à cause de 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 à l'infini, dont la description serait ici déplacée. Nous les étudierons à propos de chacune de celles dont nous aurons plus tard à retracer l'histoire.

IV.

DES CORPS ÉTRANGERS.

Depuis Delpech, on appelle *corps étrangers* tous ceux qui, bien qu'enclavés dans nos tissus, ne participent pas ou ne participent plus aux échanges nutritifs.

On en distingue deux grandes catégories : 1^o ceux qui viennent du dehors, et pour lesquels deux cas se présentent : ou ils ont été introduits volontairement ou par mégarde et à travers un orifice naturel, dans le conduit auditif, par exemple, les fosses nasales, le pharynx, d'où les contractions réflexes les conduisent dans l'œsophage, l'estomac et les divers segments du tube digestif ; dans les voies aériennes, dans l'urètre et la vessie, le vagin et le rectum ; — ou bien ils pénètrent par effraction de la peau et déchirure des tissus comme les projectiles de guerre, balles, éclats d'obus, grains de mitraille ou de plomb ; les fragments de pierre ou de verre, les morceaux de bois, les épingles, les aiguilles, des paillettes de fer, des échardes. Nous pourrions allonger cette liste à l'infini.

2^o Ceux qui naissent ou qui se forment dans l'économie, et il serait facile aussi d'en multiplier les genres : tantôt ce sont des concrétions qui se déposent dans une cavité naturelle, calculs biliaires, vésicaux, rénaux, prostatiques, urétéraux et urétraux, calculs salivaires, égagropiles ; tantôt ce sont des végétations particulières dont le pédicule se rompt, corps étrangers des jointures, des bourses séreuses sous-cutanées, des gaines tendineuses, du péritoine ou de la vaginale ; ou bien encore des polypes détachés, des exostoses ostéogéniques rompues par une violence quelconque et restées au milieu des chairs.

Tantôt ce sont des segments de tissus séparés par un traumatisme ou par un processus inflammatoire ; un fragment de cartilage articulaire désormais libre dans la synoviale, une esquille osseuse, un séquestre emprisonné dans une gaine d'os nouveau ; tantôt ce sont des corps qui parcourent les voies digestives et qui, par ulcération ou déchirure des parois, quittent leur route naturelle, des morceaux d'os, des pépins, des noyaux, des matières stercorales durcies ; tantôt enfin ce sont des êtres vivants, tels que des ento-

zoaires, des larves de mouches ou ces insectes des pays intertropicaux qui s'insinuent entre l'ongle et sa matrice.

Ces corps étrangers si disparates ne sauraient avoir une histoire commune ; leur volume, leur nombre, leur forme, leurs propriétés, leur plus ou moins d'hygrométrie, leur consistance, leur solubilité, leur composition chimique sont autant de facteurs qui s'opposent à une description générale : les tissus où ils pénètrent, la région, l'organe où ils sont contenus ont une importance plus grande encore ; il n'est pas indifférent qu'un os ou un muscle, un nerf ou une artère, le foie, le cerveau, les poumons, l'intestin, la vessie, le cœur soient atteints, et les phénomènes ne se ressemblent pas, si ces corps étrangers occupent les voies aériennes ou parcourent les voies digestives.

Il n'est pas besoin d'insister sur de pareilles évidences ; aussi réservons-nous la description des corps étrangers pour le moment où nous étudierions les maladies des tissus et des organes. Ils n'inspirent plus, du reste, une aussi grande terreur qu'autrefois, et nous avons vu, à propos des plaies par armes à feu, que souvent, sous les pansements antiseptiques, ils provoquent une irritation de voisinage juste suffisante pour permettre la formation d'une membrane d'enkystement. Ils demeurent alors au milieu des tissus sans grand dommage pour celui qui les porte.

CHAPITRE IV

MALADIES VIRULENTES.

Les *maladies virulentes* sont provoquées par l'introduction dans l'organisme d'une substance appelée *virus*, que les recherches contemporaines assimilent aux ferments. Les virus seraient donc toujours constitués par des êtres microscopiques se multipliant avec une rapidité telle, qu'en peu de temps ils peuvent infester tous les liquides et tous les solides de l'économie.