

Les moyens locaux ont pour but de modifier et d'exciter la surface des ulcères. Ceux-ci seront lavés deux fois par jour avec des solutions de borax et d'alun. L'eau de chaux a donné d'assez bons résultats dans les mains de quelques chirurgiens. On s'est bien trouvé de panser les ulcères avec de la charpie trempée dans ces liquides ou avec quelques baumes excitants. Le suc de citron est un des bons modificateurs des plaies scorbutiques. Il a fallu avoir recours quelquefois à des cautérisations avec l'acide chlorhydrique, et, dans les hémorrhagies, à la cautérisation avec le fer rouge.

Il ne faut point oublier que les cicatrices des ulcères scorbutiques sont bleuâtres, minces, faciles à rompre, et qu'elles doivent être protégées avec soin.

ARTICLE XI.

DES FISTULES.

On donne le nom de *fistules* (de *fistula*, tuyau) à des conduits morbides étroits, souvent allongés, entretenus par une altération locale ou générale, et qui laissent écouler du pus, des produits de sécrétion ou certaines matières qui circulent dans des canaux naturels. Ce nom provient de la ressemblance qu'on établit entre la longue cavité d'une fistule et celle d'un tuyau ou d'un roseau.

Nous allons, dans cet article, présenter une histoire générale des fistules, car il importe de rapprocher dans un même tableau leurs diverses variétés. Une étude isolée de chacune d'elles ne permettrait pas de saisir aussi facilement les différences qui les séparent.

DIVISION. — L'origine des fistules permet de les diviser en deux grandes classes :

1° Les unes proviennent d'une inflammation suppurante du tissu cellulaire, inflammation idiopathique ou symptomatique d'une lésion osseuse, d'un corps étranger, etc. ; elles ne communiquent avec aucune cavité ni aucun conduit normal.

2° Les autres ont pour caractère essentiel de communiquer : *a.* avec une cavité normale ou accidentelle du corps ; *b.* avec un organe sécréteur ; *c.* avec un conduit naturel.

Les premières ne laissent sortir que du pus ou de la matière tuberculeuse ; les autres peuvent donner lieu à un écoulement de produits sécrétés ou de matières qui circulent dans des canaux naturels accidentellement ouverts.

Chacun de ces deux grands groupes de fistules comprend des divisions secondaires. Les fistules de la première catégorie se subdivisent en *fistules idiopathiques* (ce sont celles qui succèdent à des abcès chauds ou froids), et en *fistules symptomatiques*. Ces dernières reconnaissent pour origine la

suppuration développée autour d'un corps étranger, d'un os nécrosé, d'un tendon exfolié, de tubercules sous-cutanés ou osseux ramollis.

On peut diviser, comme l'ont fait Bérard et Denonvilliers, les fistules du deuxième groupe en deux variétés : la première comprendra celles qui communiquent avec une *cavité séreuse* naturelle ou accidentelle ; la seconde, celles qui aboutissent à une *cavité muqueuse*.

Parmi les fistules qui dépendent d'une cavité séreuse, on distingue encore celles qui proviennent d'une cavité séreuse naturelle, et celles qui sont liées à une séreuse accidentelle. Les premières renferment les fistules des gaines tendineuses, celles des cavités splanchniques, comme les fistules pleuro-cutanées, péritonéo-cutanées. Il faut aussi y ranger un fait rare, cité par Marjolin, fait dans lequel, le péricarde ouvert, il s'établit une fistule qui fournissait un fluide assez abondant, trouble et peu consistant. Le blessé succomba au bout de deux mois (1). Les fistules qui succèdent à une perforation de la cornée peuvent être rapprochées des précédentes, car elles donnent un libre accès dans une cavité séreuse naturelle.

Les fistules consécutives à l'inflammation suppurative d'une bourse séreuse accidentelle méritent d'être notées séparément, elles sont remarquables par leur ténacité.

Restent les fistules des cavités muqueuses. Elles sont aussi d'espèces différentes. Ainsi les fistules peuvent être glandulaires, comme celles de la parotide, et occuper tantôt la glande, tantôt son conduit excréteur. Les fistules du tube digestif forment une catégorie à part, comme les fistules des voies aériennes.

Dans l'énumération que nous venons de faire rapidement se trouvent comprises la plupart des fistules, mais nous verrons que l'anatomie pathologique permet encore d'en distinguer plusieurs espèces secondaires.

HISTORIQUE. — Nous aurons peu de chose à dire sur cet historique. Dans la collection hippocratique, on trouve un traité *De fistulis*, dans lequel il est surtout question des fistules à l'anus, et qui renferme quelques bons préceptes de médecine opératoire. Celse, dans un chapitre assez remarquable, indique les principales variétés de fistules. Galien compare les fistules aux ulcères, et distingue trois surfaces suppurantes : l'ulcère, le sinus et la fistule. Paul d'Égine (2) conseille l'injection comme moyen de diagnostic. Les Arabes et les arabistes n'ajoutèrent rien à ce qu'avaient dit les anciens sur ces affections, et il faut venir jusqu'aux temps modernes pour trouver une juste appréciation de l'état anatomique des fistules. Pott fit voir, dans son *Traité de la fistule*, que les callosités sont un résultat de cette affection. Hunter indiqua bien l'organisation des membranes qui doublent les trajets fistuleux. Marvidès, dans un travail couronné par l'Académie de chirurgie (*Prix*, t. IV, 1^{re} partie, édit. in-4, p. 19), fournit des indications historiques et quelques remarques intéressantes. Dupuytren, dans ses *Leçons cliniques*, se plut à faire ressortir les préten-

(1) Dictionnaire en 30 vol., t. XIII, p. 172.

(2) Lib. VI, cap. 77.

dues analogies qui existent entre les muqueuses et les membranés des fistules. Enfin, Verneuil, dans un bon travail publié très-récemment (*Archives de médecine*, décembre 1858 et janvier 1859), a combattu quelques points de l'étiologie supposée des fistules, et fait connaître une des conditions fondamentales de l'incurabilité spontanée de certaines d'entre elles. Les principaux traités d'anatomie pathologique renferment aujourd'hui un exposé assez complet de l'état anatomique des fistules; de plus, pour tous les faits de détail, il faut particulièrement renvoyer le lecteur à l'article FISTULE A L'ANUS.

ÉTILOGIE. — La condition essentielle pour qu'une fistule s'établisse, c'est que les parois de la solution de continuité ne puissent pas contracter entre elles des adhérences oblitérantes. Or cette condition ne se retrouve que trop souvent à l'origine des diverses espèces de fistules. Dans les fistules purulentes qui succèdent aux abcès froids ou chauds, la persistance du trajet morbide reconnaît souvent pour seule cause un amincissement de la peau avec perte de sa vitalité. Les téguments amincis, bleuâtres, séparés des tissus sous-jacents, ne conservent point une organisation vasculaire suffisante pour sécréter une lymphe plastique qui permette l'adhésion. D'autres fois, l'état fistuleux succède à la fonte rapide du tissu cellulaire dans certaines régions qui en sont abondamment pourvues. Les abcès de l'aisselle, du pourtour de l'anus, sont dans ce cas. On a cru trouver l'explication de ce fait dans l'écartement supposé des parties qui forment les parois de la fistule. Verneuil a combattu cette hypothèse, en faisant remarquer que le fait sur lequel on la fonde n'est pas démontré, et que les guérisons obtenues quand le malade engraisse prouvent seulement que celui-ci se trouvait dans des conditions de santé favorables à la nutrition. A l'aisselle et dans l'aîne, les ganglions, creusés par la suppuration, forment souvent une coque purulente dont la surface interne n'a aucune tendance à l'adhésion.

Nous avons dit, à l'article ABCÈS, comment le pus progresse à travers les tissus et gagne peu à peu l'extérieur. Les collections purulentes qui naissent d'une lésion osseuse offrent souvent des trajets fort longs et entretenus par le passage continu du pus ou de la matière tuberculeuse ramollie. On a vu aussi des fistules purulentes persister par la seule mobilité des parties. Ainsi il n'est pas rare de voir certaines fistules du cou guérir lorsqu'on soumet la région à un repos absolu. En résumé, nous trouvons dans le défaut de plasticité des téguments, dans la fonte du tissu cellulaire ou des ganglions, dans le passage continu du pus ou de la matière tuberculeuse, enfin dans la mobilité des parties, les causes les plus fréquentes des fistules simplement purulentes.

Les fistules qui communiquent avec des conduits naturels sont le plus souvent entretenues, dit-on, par la sortie anormale des produits qui circulent dans ces canaux. Mais Verneuil, dans son mémoire, a montré, par de nombreux exemples, que cette cause n'était pas aussi puissante qu'on l'avait prétendu, et que la permanence de certaines fistules muco-cutané-

nées ou bimuqueuses tenait surtout à l'adhérence cicatricielle de la muqueuse à la peau ou des deux muqueuses entre elles. Enfin, la fistule peut persister par l'étendue trop considérable de la perte de substance. Quoi qu'il en soit, des lésions très-variées donnent lieu à ces fistules. C'est souvent la conséquence d'une lésion traumatique : une plaie ouvre le canal de Sténon, et l'ouverture devient fistuleuse; une contusion de l'urèthre amène une rupture de ce canal, l'urine s'épanche dans le tissu cellulaire, il naît un abcès urinaire, et de là une fistule; la contusion lente de la paroi vésico-vaginale, dans l'accouchement, est la cause la plus fréquente des fistules qui font communiquer le vagin avec la vessie; un corps étranger ou un entozoaire, etc., peuvent développer dans les parois du canal intestinal une inflammation ulcéralive, et de là une perforation qui devient fistuleuse.

A côté de ces causes, qu'on peut appeler traumatiques, il nous faut ranger les inflammations nées spontanément dans l'épaisseur des parois d'un canal excréteur, et les abcès consécutifs qui s'ouvrent à la fois de deux côtés. Enfin, des fistules succèdent à la rupture d'un conduit dont le liquide a été retenu, soit par un rétrécissement, soit par quelque corps étranger formant obstacle. C'est ainsi que se forment certaines fistules urinaires : l'urine s'accumule derrière le rétrécissement; le canal se rompt, le liquide gagne le tissu cellulaire, et l'abcès qui en résulte persiste à l'état fistuleux.

Il est un certain nombre de fistules dont l'origine est plus difficile à saisir : nous voulons parler de ces *fistules congénitales* qui font le plus souvent communiquer ensemble deux cavités muqueuses : tels sont les cas où le rectum s'ouvre dans le vagin ou dans la vessie par un vice de conformation primitive. Plus rarement ces fistules congénitales s'ouvrent à la surface de la peau. C'est dans cette dernière variété qu'il faut placer certaines fistules congénitales du cou, étudiées d'abord par Ascherson, Dzondi, et plus tard par Allen Thompson. Ces fistules semblent dues à la persistance d'un état embryonnaire, des fentes branchiales. Mais nous croyons aussi que, dans la vie intra-utérine, des inflammations ulcéralives suffisent à amener des pertes de substance et des fistules consécutives.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'examen anatomique des fistules y fait reconnaître un ou plusieurs orifices, un trajet organisé, des callosités, etc.

1° *Orifices.* — Le nombre des orifices est variable. En général, les fistules des cavités muqueuses ont deux orifices, tantôt un orifice cutané et un orifice muqueux, tantôt deux orifices muqueux.

a. *L'orifice interne*, dans les fistules des cavités séreuses et muqueuses, est en général unique, petit, arrondi; quelquefois il se perd dans l'épaisseur d'un organe : tel est le cas des fistules mammaires.

b. *L'orifice externe* est bien variable d'aspect; il peut être unique au début; plus tard, on trouve parfois plusieurs orifices en arrosoir. Une disposition assez commune des orifices externes ou cutanés de certaines fistules, c'est la disposition en cul de poule. Cet enfoncement avec plicature

des orifices fistuleux s'explique assez bien par la rétractilité de la membrane granuleuse des fistules et la tuméfaction des parties voisines. Il est assez fréquent dans les fistules urinaires. Aussi est-ce parfois au milieu de végétations que le chirurgien trouve l'orifice externe d'une fistule.

Les considérations qui précèdent s'appliquent surtout aux fistules complètes, muco-cutanées (fig. 19, A). Quand

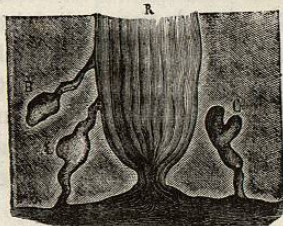


FIG. 19. — Principales dispositions des fistules à l'anus. R, rectum; A, fistule complète avec renflement au milieu; B, fistule borgne interne; C, fistule borgne externe avec bifurcation de son conduit.

il n'existe qu'un seul orifice, on désigne les fistules sous le nom de *fistules borgnes*. Si l'orifice s'ouvre au dehors, ce sont des *fistules borgnes externes* (C); s'il s'ouvre au dedans d'une cavité muqueuse, ce sont des *fistules borgnes internes* (B).

c. *Trajet*. — La longueur de ce trajet est à peine marquée dans certaines fistules. Tel est le cas des fistules par perforation de deux cavités muqueuses adossées. Ce trajet est d'autres fois très-considérable. Il peut être droit ou flexueux, simple ou multiple, ramifié et renflé en certains points.

Les fistules sont revêtues à leur intérieur par une membrane molle, granuleuse, vasculaire, qui se déchire et saigne facilement. Cette membrane, bien étudiée par Hunter et par Dupuytren, a semblé posséder quelques caractères des membranes muqueuses; comme chez ces dernières, la sensibilité y est obtuse, et, après avoir sécrété du pus, la membrane granuleuse des fistules sécrète un liquide onctueux assez analogue au mucus. On a décrit dans la membrane des trajets fistuleux, des villosités et des follicules; mais il faut peu connaître l'anatomie de ces petits organes pour en doter si facilement les fistules.

Un état anatomique important à signaler dans les fistules, c'est la présence de callosités qui s'étendent parfois suivant toute la longueur du trajet fistuleux et en révèlent la direction au chirurgien. Quand on fait au niveau des callosités une coupe pour en étudier la structure, on découvre un tissu blanc, lardacé, qui se laisse difficilement diviser et maintient éloignées les parois de la fistule. Un examen minutieux n'y fait découvrir qu'une simple infiltration des tissus par de la lymphe plastique. Ces callosités, qui préoccupaient tant les anciens chirurgiens, sont dues à un travail phlegmasique souvent répété. Chaque inflammation nouvelle amène un nouveau dépôt de lymphe plastique et augmente l'étendue des callosités.

Une autre complication des fistules, c'est leur multiplication. Il est rare de voir un trajet fistuleux persister pendant de longues années à l'état de simplicité. Le plus souvent il s'y développe, à des intervalles de temps variables, des inflammations qui créent de nouveaux clapiers purulents et augmentent le nombre et l'étendue des fistules. De là ces fistules pourvues de plusieurs embranchements et terminées en arrosoir.

Dans les fistules qui succèdent à l'ouverture d'un conduit naturel, il se

passé parfois un phénomène digne de remarque. La portion du canal placée au-dessous de la fistule diminue de calibre et peut même s'oblitérer.

SYMPTÔMES. — Les symptômes des fistules se prêtent difficilement à une exposition générale; nous essayerons toutefois de tracer les bases de cette symptomatologie.

Les symptômes sont précurseurs ou confirmés; les premiers varient à l'infini, suivant l'origine de la fistule. Le chirurgien doit se rappeler que les inflammations phlegmoneuses de certaines régions sont facilement suivies de fistules, et que celles-ci peuvent succéder à l'ouverture traumatique d'un canal excréteur, à un travail phlegmasique qui l'ulcère de dehors en dedans, ou enfin à une oblitération qui arrête le cours des liquides sécrétés. Dans ce dernier cas on voit se former tour à tour une tumeur par accumulation du produit de sécrétion, un abcès consécutif, enfin une fistule.

Les symptômes confirmés des fistules se tirent de l'aspect extérieur déjà décrit plus haut, puis de l'écoulement d'un liquide par l'orifice fistuleux et de l'altération de certaines fonctions.

Les produits qui sortent par les orifices fistuleux sont tantôt des liquides, tantôt des gaz.

Les liquides sont du pus, des produits de sécrétion, des matières chy-mieuses ou stercorales délayées, etc. Le pus est le plus souvent séreux, mal lié, parfois sanguinolent ou mêlé à de la matière tuberculeuse ramollie. Les produits de sécrétion ou les matières stercorales sont ordinairement unis à du pus. Les fistules purulentes qui ne communiquent point avec un conduit naturel sécrètent des quantités de pus variables, suivant l'étendue de la surface purulente. Quand la fistule communique avec quelque canal excréteur, la quantité de liquide rendue est proportionnelle à la quantité qui parcourt le conduit naturel dans un temps donné. D'ailleurs l'écoulement du liquide n'est pas continu. Dans les fistules purulentes, le liquide s'accumule souvent dans des clapiers et ne s'échappe que dans certains mouvements ou par une compression; dans les fistules des canaux excréteurs, les phénomènes sont très-variables: tantôt l'écoulement est continu, comme dans certaines fistules vésico-vaginales du bas-fond de la vessie; tantôt il est intermittent, et peut être provoqué par une activité plus grande donnée à la fonction sécrétoire (fistules du canal de Sténon dans la mastication) ou par un changement dans la position du corps (certaines fistules vésico-vaginales).

Des signes importants se tirent de l'altération de certaines fonctions, mais nous ne pouvons qu'indiquer ici ces phénomènes et rappeler que l'écoulement des liquides normaux, détournés de leurs voies naturelles, amène en général des accidents spéciaux. Ainsi l'urine, passant dans le vagin, détermine autour des parties génitales externes un état de phlogose et une éruption pustuleuse d'un caractère très-remarquable; les fistules très-voisines de l'estomac amènent une altération très-prompte des fonctions de nutrition, etc.