

lui qu'après que l'abcès ouvert à l'extérieur s'est transformé en fistule.

A quels signes reconnaîtra-t-on que ce trajet aboutit supérieurement à une collection purulente siégeant dans l'espace pelvi-rectal supérieur? L'écoulement du pus est intermittent et précède généralement le bol fécal, lorsque le malade va à la selle; il est fort rare que les matières soient tachées de pus; la fistule est borgne externe et présente un trajet très long, généralement évalué à 10 centimètres au moins; ses parois sont dures et calleuses. Si l'on pratique le toucher rectal, on détermine des douleurs plus vives que dans les fistules ordinaires; en introduisant le doigt le plus haut possible dans le rectum, on peut sentir parfois une tumeur molle qui s'affaisse sous la pression du doigt, tandis qu'une notable quantité de pus s'écoule par l'orifice externe de la fistule; la même manœuvre, répétée ultérieurement, ne donne plus issue qu'à des gaz fétides, ce qui indique que l'abcès est vidé. Enfin, il est un dernier signe d'une grande valeur diagnostique, c'est l'épaisseur considérable de tissus qui sépare le doigt rectal d'un stylet introduit dans le trajet fistuleux.

**PRONOSTIC.** — Il est inutile d'insister sur la gravité des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, car non seulement ils sont la source d'une suppuration intarissable, mais si leur orifice extérieur vient à s'oblitérer, le pus, en s'accumulant dans la cavité du bassin, y produit des délabrements considérables.

**TRAITEMENT.** — Le chirurgien n'aura presque jamais à intervenir avant l'ouverture de l'abcès à l'extérieur. Le traitement sera donc presque toujours celui de la fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, traitement sur lequel nous aurons à revenir dans le paragraphe suivant.

## § II. — Fistules.

Les fistules à l'anus sont déjà décrites dans les livres hippocratiques, qui professent la parfaite innocuité des opérations pratiquées sur le rectum; d'où la hardiesse des anciens chirurgiens qui appelaient à leur aide le fer, le feu, les caustiques les plus énergiques, pour détruire les prétendues callosités de ces fistules.

Cependant Celse et Avicenne se montrent déjà plus timides. Redoutant les conséquences d'une intervention chirurgicale active, ils préconisent la ligature simple dans les cas légers, et conseillent, dans presque tous les cas sérieux, un traitement purement palliatif. Pour Guy de Chauliac, la présence des *callosités* justifiait seule l'emploi de méthodes énergiques. Sous l'empire de cette doctrine, qui fut longtemps acceptée sans conteste, la fistule à l'anus fut considérée comme une maladie très grave, souvent incurable, et dont le traitement exposait les malades aux plus grands dangers. Ces idées régnaient encore à l'époque où Louis XIV fut atteint de son historique fistule, et ce ne fut qu'après une enquête minutieuse des méthodes de traitement et après de nom-

breuses expériences cliniques que le grand roi fut soumis à l'incision suivie de la cautérisation du trajet.

Parmi les innombrables publications qui se sont succédé pendant le cours du dix-septième et du dix-huitième siècle, Mollière signale, d'une façon toute particulière, un chapitre sur la fistule à l'anus paru dans la *Bibliothèque chirurgicale* de Mauget et dû à Pierre de Marchetti. On trouve, en effet, dans ce chapitre une description tout à fait complète de la maladie, et à laquelle les travaux les plus récents ont seulement ajouté quelques faits de détails ou quelques nouveaux procédés opératoires que leurs auteurs ont eu le tort, presque toujours, de vouloir appliquer indistinctement à tous les cas.

Dans l'impossibilité de citer la liste innombrable des publications sur la fistule à l'anus, nous indiquerons seulement quelques mémoires les plus récents, renvoyant aux articles de bibliographie des dictionnaires.

J. MASSON, *De la fistule à l'anus*, thèse de Paris, 1868. — CHOPARD, *De la fistule anale et de son traitement*, thèse de Paris, 1870. — S. POZZI, *Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, thèse de Paris, 1873. — SCHMITT, *Traitement des fistules à l'anus*, thèse de Paris, 1874. — P. DENUCÉ, *Des fistules ossifluentes de la région anale*, thèse de Paris, 1874. — THOMAS, *Des divers modes de traitement des fistules anales et spécialement du traitement par la ligature élastique*, thèse de Paris, 1875. — GUERLIN, *Des fistules à l'anus chez les tuberculeux*, thèse de Paris, 1878.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — On divise généralement les fistules à l'anus en trois classes (fig. 77), comprenant :

1° Les *fistules complètes*, FC, qui s'ouvrent à la fois du côté de la muqueuse rectale et de la peau.

2° Les *fistules borgnes externes*, Fbe, qui s'ouvrent à la surface de la peau sans perforer la muqueuse.

3° Les *fistules borgnes internes*, Fbi, qui s'ouvrent à la surface de la muqueuse seulement.

Cette distinction doit être conservée, mais elle est insuffisante pour servir de base à une classification des fistules, et il est préférable d'avoir égard à leur origine. A ce point de vue on peut établir les trois divisions suivantes :

1° Les fistules consécutives à l'inflammation du tissu cellulaire des fosses ischio-rectales, ou *fistules anales ordinaires* (qu'on pourrait désigner sous le nom de *fistules pelvi-rectales inférieures*);

2° Les fistules qui ont leur origine dans une suppuration de la couche adipeuse qui remplit l'espace pelvi-rectal supérieur, ou *fistules pelvi-rectales supérieures*;

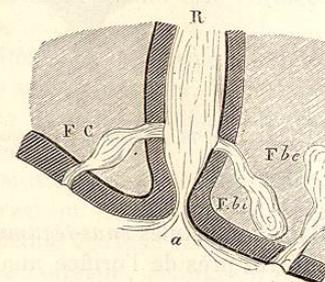


FIG. 77. — Variétés des fistules anales.

3° Les fistules qui tirent leur origine d'une lésion osseuse, ou *fistules ostéopathiques*.

Nous décrirons successivement l'orifice externe, l'orifice interne et le trajet fistuleux, en rappelant que l'ouverture extérieure ou cutanée manque aux fistules borgnes internes et l'ouverture interne ou rectale aux fistules borgnes externes.

1° *Fistules pelvi-rectales inférieures*. — On doit leur distinguer deux variétés, suivant que le trajet fistuleux glisse simplement sous les téguments de l'anus, en laissant en dehors la totalité ou la presque totalité du sphincter (*fistules superficielles* ou *sous-tégumentaires*), ou suivant que le trajet plus profond passe à travers ou même en dehors de l'anneau sphinctérien (*fistules profondes* ou *sous-musculaires*).

A. *Orifice externe ou cutané*. — Le plus souvent unique, il s'ouvre à droite ou à gauche de l'anus, rarement en avant ou en arrière.

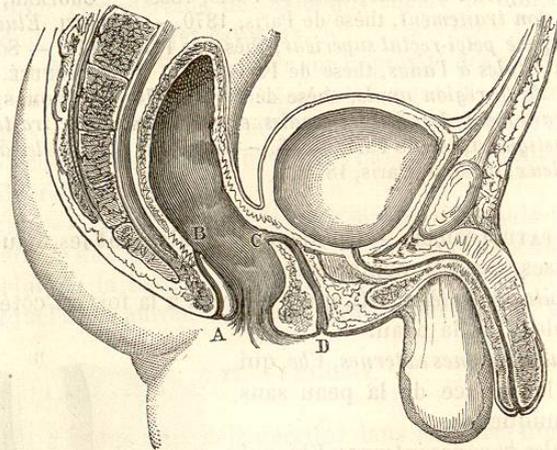


FIG. 78. — Fistules pelvi-rectales inférieures. — A B, sous-tégumentaire; D C, sous-musculaire.

Dans les fistules *sous-tégumentaires*, il est situé le plus habituellement très près de l'orifice anal, tantôt à quelques millimètres, tantôt au milieu même des plis rayonnés, qu'il faut déplier pour le découvrir. On l'a même vu siéger au-dessus des plis rayonnés, et cette disposition peut rendre sa recherche très difficile. Dans les cas de fistules *sous-musculaires*, on le rencontre à 1, 2 ou 3 centimètres, quelquefois même à plusieurs travers de doigt de l'orifice anal.

Ordinairement petit et placé au sommet d'une saillie rougeâtre, il est quelquefois situé au fond d'une dépression en cul de poule et se présente sous la forme d'une fissure admettant avec difficulté l'extrémité d'un stylet ou d'une sonde cannelée. D'autres fois, et particulière-

ment chez les phthisiques, l'orifice est large, béant, à bords irréguliers et déchiquetés.

Quand les orifices sont multiples, ce qui est assez rare, ils siègent tantôt du même côté de l'anus, tantôt des deux côtés. Ils sont quelquefois si nombreux, que la peau est percée comme la pomme d'un arrosoir. Souvent les divers orifices d'un même côté se rendent tous à un même trajet fistuleux, soit qu'il s'agisse d'une fistule complète ou d'une fistule borgne externe. Rarement ils vont s'ouvrir isolément dans le rectum.

B. *Orifice interne ou muqueux*. — Le siège précis de l'orifice interne a été le sujet de nombreuses discussions. Avant les travaux de Ribes (1) sur ce sujet, on admettait que les fistules s'ouvraient dans le rectum à des hauteurs très variables. Ribes a démontré que cet orifice siège presque toujours immédiatement au-dessus du point où la peau de l'orifice anal s'unit à la muqueuse et qu'il ne s'ouvre jamais à plus de cinq ou six lignes au-dessus. Sabatier et Larrey professent les mêmes idées. Gosselin l'a rencontré plusieurs fois au niveau de la portion ampulaire du rectum, mais toujours tout près du sphincter interne et très accessible au doigt.

Il peut être petit et présenter, comme l'orifice externe, la disposition en cul de poule; mais souvent aussi, et surtout chez les phthisiques, il est large et représente une véritable perte de substance. Exceptionnellement il existe plusieurs orifices internes.

Il est fort rare que l'orifice interne indique l'extrémité supérieure du trajet; souvent la muqueuse est décollée dans une étendue plus ou moins considérable au-dessus du siège de la perforation, qui doit être recherchée généralement au niveau de la partie la plus amincie de la muqueuse décollée. Le décollement remonte souvent aussi haut et même plus haut que le doigt ne peut atteindre, alors même que l'orifice interne est très voisin du sphincter externe.

C. *Trajet*. — Percé à ses deux extrémités dans les fistules complètes, le trajet ne présente au contraire qu'une seule ouverture, cutanée dans les fistules borgnes externes, muqueuse dans les fistules borgnes internes.

Tantôt rectiligne, tantôt sinueux, le trajet est dirigé de bas en haut et de dehors en dedans, de la peau vers le rectum. On peut voir une fistule du côté gauche se porter à droite et une fistule à orifice externe antérieur aller s'ouvrir sur la paroi postérieure de l'intestin. Allingham désigne ces fistules sous le nom de fistules en *fer à cheval*.

Le trajet a une longueur plus ou moins considérable: généralement très court et très voisin de l'anus dans les fistules superficielles ou sous-tégumentaires, il est habituellement plus long et comprend, entre lui et le rectum, une épaisseur de tissu assez considérable dans les fistules sous-musculaires. Dans les fistules sous-tégumentaires, il glisse entre le

(1) *Rech. sur la situation de l'orifice interne de la fistule à l'anus, etc.* (Mém. de la Soc. méd. d'émulation, t. IX, 1826, p. 85, et Mém. d'anat., 1841-1845, t. II, p. 1).

sphincter et la peau; dans les sous-musculaires, au contraire, il passe généralement à travers les fibres du sphincter interne et vient se faire jour à l'extérieur en perforant le sphincter externe ou en passant même complètement en dehors de lui. Ces dispositions ont leur importance au point de vue clinique; car, dans le cas de fistules sous-musculaires, il n'est pas possible de traiter la fistule par l'incision sans sectionner une partie plus ou moins considérable des sphincters, ce qui expose à une incontinence plus ou moins permanente des matières fécales.

On se ferait une idée fautive des fistules à l'anus si on se les représentait comme formées d'un trajet régulièrement canaliculaire, analogue à celui de la plupart des autres fistules. Ce trajet présente le plus souvent la forme d'une ampoule allongée, aplatie, percée aux deux orifices qui, loin de siéger aux deux extrémités, sont habituellement assez rapprochés. En effet, comme nous l'avons déjà dit, il existe généralement un décollement plus ou moins étendu de la muqueuse à la partie supérieure du trajet, et sur divers points de sa longueur on trouve des anfractuosités de profondeur variable. Ces sortes de diverticules communiquent même parfois avec des clapiers profonds qui donnent à l'ensemble du trajet une apparence rameuse.

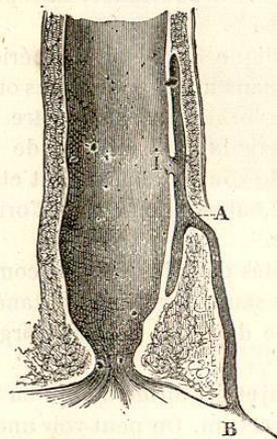


FIG. 79. — Fistule compliquée.

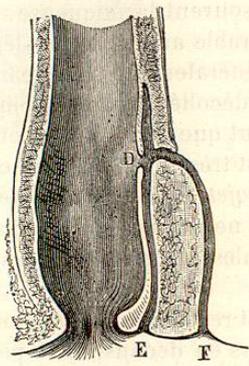


FIG. 80. — Fistule compliquée.

Telle est la conformation la plus habituelle des fistules à l'anus; mais on peut observer des dispositions plus complexes. On voit parfois, sur un même sujet (fig. 79), un trajet profond sous-musculaire AB compliqué d'un autre plus superficiel I, qui, glissant sous la muqueuse, remonte à une hauteur plus ou moins considérable; d'autres fois (fig. 80), deux trajets complets, l'un sous-tégumentaire E, l'autre sous-musculaire F, présentent des orifices externes distincts et un orifice interne commun, ou encore deux trajets partant du même orifice externe, et

s'écartant comme les branches d'un V ou d'un Y. Enfin, plusieurs trajets externes peuvent aboutir à un même clapier profond plus ou moins considérable.

Quant à la *structure* des fistules à l'anus, elle est en tout semblable à celle des autres trajets fistuleux. Leur surface est tapissée par une membrane tantôt lisse, très mince, très unie, tantôt rougeâtre et granuleuse. Les tissus environnants, dans quelques circonstances, ne paraissent pas altérés; d'autres fois, au contraire, ils sont indurés et paraissent constitués par un tissu cellulaire qui a subi la transformation fibreuse et qui présente les caractères généralement assignés aux callosités.

2° *Fistules pelvi-rectales supérieures*. — Ces fistules, beaucoup moins communes que les précédentes, ont pour point de départ un abcès développé dans le tissu cellulaire qui existe entre le releveur de l'anus et le péritoine, aboutissant supérieurement à une cavité remplie de pus.

Elles ne possèdent le plus souvent pas d'orifice interne ou rectal, et le trajet borgne externe qui les constitue passe à travers une boutonnière du releveur et s'ouvre à 3 ou 4 centimètres de l'orifice anal.

Leur trajet, le plus souvent rectiligne, a une longueur qui varie entre 7 et 15 centimètres. Il passe, non pas sous la muqueuse, mais dans le tissu cellulaire qui entoure le rectum, en dehors de la tunique musculaire et des sphincters. Cette longueur du trajet et l'épaisseur considérable de tissus qui sépare le doigt placé dans le rectum du stylet introduit dans le trajet fistuleux sont presque pathognomoniques de cette variété de fistules anales.

Ajoutons que lorsque la maladie est ancienne, les trajets peuvent être multiples, suivre des directions diverses et s'accompagner de décollements plus ou moins étendus vers la fesse et le périnée.

3° *Fistules ostéopathiques*. — Les fistules à l'anus symptomatiques d'une lésion osseuse, ou fistules *ostéopathiques*, sont caractérisées anatomiquement par un trajet qui se dirige vers un des os du bassin, et le plus souvent vers le coccyx, le sacrum ou les ischions. Quelquefois le pus provient des vertèbres lombaires et même dorsales. J'ai vu un malade qui était atteint d'une fistule symptomatique d'une altération du corps et de la branche descendante du pubis.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Après les hémorroïdes, la fistule à l'anus est la plus commune des affections du rectum chez l'adulte. Les hommes y sont plus sujets que les femmes.

Presque toujours la fistule à l'anus est la conséquence d'un abcès qui a été mal ouvert, soit par la nature, soit par l'art. Cette inflammation suppurative peut être rapportée tantôt à des causes toutes locales (hémorroïdes, corps étrangers, ulcérations, sodomie, traumatismes divers), tantôt au mauvais état général du sujet, dépendant le plus souvent des diathèses scrofuleuse ou tuberculeuse.

Allingham, d'après la statistique qu'il s'est attaché à établir dans sa vaste pratique, pense que sur cent malades atteints de fistule à l'anus,

quatorze au moins sont tuberculeux. Cet auteur n'a jamais pu constater l'existence de dépôts tuberculeux dans la tunique du rectum; aussi croit-il que les fistules anales chez les phthisiques sont consécutives à l'ouverture d'un abcès sous-muqueux dans le rectum ou à la peau, et que cet abcès, loin d'être le résultat d'un ramollissement tuberculeux, est simplement une conséquence de l'état de débilité et de la mauvaise nutrition du sujet.

Le mode de formation des fistules anales a été le sujet de nombreuses discussions. Quelques chirurgiens professent que la fistule débute le plus souvent par une perforation de l'intestin qui, permettant le passage des matières fécales dans le tissu cellulaire du voisinage, devient l'origine d'un abcès. Dans cette opinion, l'ulcération intestinale serait le premier phénomène en date, et l'abcès, qui plus tard peut venir s'ouvrir à la peau pour compléter le trajet fistuleux, ne lui serait que consécutif.

Il est plus généralement admis actuellement que la fistule a presque toujours pour origine un abcès de la région anale, et que celui-ci, sous des influences diverses, s'ouvre à la muqueuse ou à la peau, ou quelquefois des deux côtés à peu près en même temps. Dans ces cas, qui sont, suivant nous, de beaucoup les plus fréquents. Il est fort rare que les fistules aient pour origine une ulcération de la muqueuse intestinale.

Nous devons cependant faire une exception pour les solutions de continuité qui surviennent à la suite d'une application caustique sur une tumeur variqueuse, ou à la suite de la rupture d'un lobule hémorrhoidal enflammé et ne communiquant plus avec le système veineux. On comprend facilement que, dans ces conditions, les matières fécales, en passant dans le tissu cellulaire par la solution de continuité ainsi établie, ne tardent pas à former un abcès qui plus tard, s'ouvrant aussi du côté de la peau, transforme la fistule primitivement borgne interne en fistule complète. Mais il se passe quelquefois un temps fort long avant que le pus se fasse jour à la peau.

Quel que soit le mécanisme de leur production, pourquoi ces abcès ne se ferment-ils pas? Pourquoi donnent-ils lieu à des trajets fistuleux? C'est là une question sur laquelle tous les auteurs ne sont pas encore d'accord.

Lorsqu'à la suite d'un abcès de la fosse ischio-rectale le tissu cellulaire a complètement disparu, l'orifice de sortie du pus reste fistuleux, parce que, disent quelques auteurs, les parois de l'abcès ne peuvent venir à la rencontre l'une de l'autre. Cette explication, qui peut être exacte dans certaines circonstances, ne saurait convenir aux fistules les plus fréquentes, à celles qui sont consécutives aux abcès sous-tégumentaires. J'admettrais volontiers, avec Curling et Gosselin, que dans les cas de trajet étroit, accompagné d'un décollement plus ou moins étendu de la muqueuse, le défaut de cicatrisation tient à la mobilité du rectum. En effet, on peut penser que l'ampliation et le resserrement alternatifs de l'intestin, les contractions du sphincter, changent conti-

nuellement la position relative des parois de l'abcès et empêchent les bourgeons charnus d'établir la cicatrisation. En outre, il nous paraît incontestable, que, dans les cas de fistule complète ou borgne interne, le passage de gaz ou de matières intestinales dans le trajet doit entretenir l'inflammation suppurative et s'opposer à la cicatrisation. Velpeau s'est même demandé si, dans les fistules borgnes externes, les gaz et même les liquides ne peuvent pas passer par exosmose à travers une muqueuse dont l'épithélium est tombé ou altéré, et jouer un rôle analogue.

C'est aussi dans la mobilité des parties que l'on doit chercher la raison de la non-oblitération du trajet fistuleux dans le cas de fistules pelvi-rectales supérieures. En effet, suivant que l'abdomen se trouve à l'état de plénitude ou de vacuité, la tension dans la cavité de l'ampoule terminale est plus ou moins grande, et, d'autre part, comme le releveur de l'anus se contracte incessamment pour s'accommoder aux variations de capacité et de tension abdominale, les parois de l'abcès sont continuellement mobilisées et ne peuvent se recoller. Cette difficulté est en outre augmentée par la gêne que le pus éprouve pour s'écouler à l'extérieur par un orifice creusé dans l'épaisseur du releveur de l'anus, et qui se ferme à chaque contraction de ce muscle.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Nous laisserons de côté les symptômes du début, qui sont ceux des abcès de l'anus. Une fois la fistule établie, les malades accusent une démangeaison incommode à la région anale et un sentiment d'humidité continue due à la sécrétion incessante du trajet fistuleux, sécrétion formée par un liquide séro-purulent, parfois très abondant et presque toujours doué d'une odeur assez forte. Ce phénomène n'implique nullement la communication de la fistule avec le rectum, et se rencontre dans tous les foyers purulents qui sont voisins de l'anus. Le pus imprègne la chemise, s'y dessèche et la fait adhérer à la peau; il en résulte des frottements très durs pendant la marche et l'apparition fréquente d'intertrigo et d'érythème.

Les matières expulsées pendant l'acte de la défécation sont tachées de pus; par contre, il est assez rare, à moins que le malade ne soit atteint de diarrhée, de voir des matières fécales sortir par l'orifice externe de la fistule. Si ce signe existe, on peut être certain d'avoir affaire à une fistule complète. Il n'en est pas de même de l'issue de gaz, car on peut admettre qu'ils sont nés sur place par décomposition du pus, ou bien, ce qui est plus probable, qu'il s'est produit une aspiration de l'air extérieur à la suite d'une déplétion plus ou moins complète des clapiers. On pourrait aussi invoquer simplement le voisinage du rectum et l'endosmose gazeuse.

La plupart des malades accusent également une sensation de plénitude du côté du fondement, et souvent même de véritables douleurs qui se montrent à des intervalles plus ou moins éloignés et durent souvent plusieurs jours. Ces intermittences sont dues à ce que l'ouverture cutanée se ferme de temps en temps, et à ce que le pus ne trouve pas une