

tanée, s'observe de préférence dans les cas où l'intestin se trouve à une certaine distance de l'orifice extérieur du trajet fistuleux, tandis que la fistule labiée exige, pour se développer, que l'ouverture de l'intestin soit voisine de la surface cutanée.

Cette distinction anatomique est d'une grande importance au point de vue de la possibilité d'une guérison spontanée, comme aussi de la facilité avec laquelle on peut obtenir la guérison par une intervention chirurgicale.

La **fistule tubulaire** est la seule dont on puisse espérer la guérison spontanée. L'intestin soudé au péritoine exerce une traction continue sur la fis-

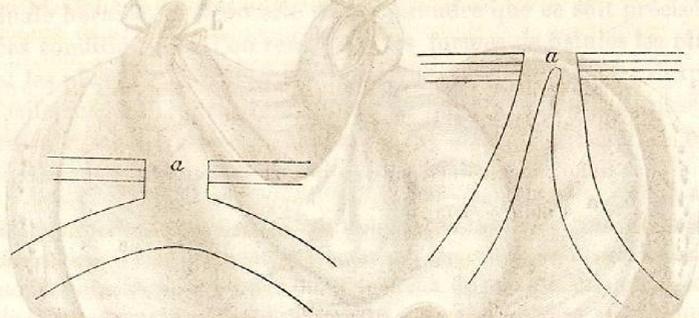


Fig. 48. — Fistule intestinale. Ouverture latérale de l'intestin.

Fig. 49. — Fistule intestinale (a). Bouts afférent et efférent formant ensemble un angle. En a l'épéron.

tule et tend à s'écarter de la paroi abdominale. C'est le mésentère qui est l'agent essentiel de cette traction (DUPUYTREN), mais il est hors de doute que le péristaltisme joue également ici un certain rôle. Il en résulte un allongement graduel de la portion intestinale de la fistule fixée à la paroi abdominale. Cette partie prend ainsi peu à peu la forme d'un entonnoir dont la portion élargie correspond à l'intestin, et le sommet à l'orifice extérieur de la fistule (entonnoir membraneux ou infundibulum). En même temps les granulations qui tapissent, le trajet fistuleux subissent une rétraction cicatricielle, et, d'autre part, les conditions de circulation des matières dans l'intestin s'améliorent au point que tout écoulement cesse par la fistule. Le trajet fistuleux peut ainsi se cicatrifier complètement et former un cordon solide qui relie pendant un certain temps l'intestin à la paroi abdominale. Ce cordon fibreux peut finalement disparaître, et il ne reste plus alors, comme dernier vestige du processus, qu'une cicatrice de l'intestin et du péritoine pariétal au niveau des points occupés autrefois par la fistule.

§ 145. — Nous devons encore attirer l'attention sur un certain nombre de particularités qui permettent de distinguer la fistule intestinale de l'anus contre nature, et qui ont toutes une certaine importance clinique.

En ce qui concerne d'abord l'orifice externe de la fistule, presque toujours

on voit bientôt la peau voisine de cette dernière se couvrir d'excoriations et de vésicules d'eczéma, conséquence de l'irritation produite par le contenu intestinal qui s'écoule par la fistule. Peu à peu la peau s'épaissit et devient le siège continuel d'une forte desquamation épidermique. Lorsque de vastes décollements de la peau ont précédé l'ouverture de l'abcès stercoral, il se forme des trajets fistuleux plus ou moins longs qui, naturellement, n'ont que peu de tendance à la guérison, car ils livrent passage continuellement aux matières intestinales. Bien qu'on observe à la peau un certain nombre d'orifices fistuleux, il est très rare de voir des fistules vraiment multiples s'étendre jusqu'à la cavité de l'intestin. L'orifice fistuleux lui-même est caché par des granulations fongueuses qui se désagrègent facilement; il est tantôt étroit et ne laisse passer que de petites quantités du contenu de l'intestin, tantôt d'une largeur telle qu'on peut facilement y introduire le doigt; dans ce dernier cas les matières fécales s'écoulent, en général, abondamment par la fistule. Assez souvent on voit une portion plus ou moins grande d'intestin faire saillie hors de l'orifice fistuleux; on comprend que ce prolapsus soit constitué bien plus souvent par le bout afférent que par le bout efférent du tube intestinal. Généralement la réduction en est facile; cependant le contraire peut s'observer lorsque la partie procidente est devenue le siège d'une forte tuméfaction par stase, grâce à la rétraction cicatricielle de l'orifice fistuleux; les surfaces séreuses en contact de l'intestin en prolapsus peuvent même se souder entre elles et rendre illusoire toute tentative de réduction.

Nous avons déjà insisté sur la réunion de la muqueuse intestinale avec la peau et sur la distinction entre les fistules tubulaires et les fistules labiées; de même nous avons déjà fait mention de la valvule (promontoire ou épéron) que forme la portion mésentérique de l'intestin. Sous l'influence de la poussée des matières intestinales, grâce au péristaltisme, la valvule tend naturellement des à céder et à bomber du côté du bout inférieur de l'intestin; il en résulte une excavation à laquelle prend part la partie du bout supérieur voisine de la fistule, surtout lorsque, par suite de l'étranglement de l'orifice cutané, l'issue des matières fécales à l'extérieur ne s'opère pas très facilement. Cette partie peut alors se dilater en forme de sac, tandis qu'au contraire, le bout inférieur ou efférent tend à se rétracter et à se rétrécir d'autant plus que l'orifice anormal tend à se rapprocher davantage de l'anus contre nature, et que les matières fécales sont évacuées en moindre quantité par les voies naturelles.

A la suite des processus cicatriciels qui se développent au niveau de l'anse intestinale détruite par la gangrène, il peut se produire dans certaines circonstances un **rétrécissement de l'intestin**, complication très fâcheuse de la fistule.

Nous avons déjà fait mention également des différences considérables qui résultent de la situation de l'intestin relativement à l'orifice externe de la fistule (fig. 48 et 49). Lorsque l'intestin se trouve appliqué par l'une de ses faces latérales contre le péritoine pariétal, en formant un arc de cercle régulier, le doigt ou une sonde exploratrice introduits dans la fistule peuvent, lorsqu'on leur donne la direction voulue, pénétrer facilement dans l'un et l'autre bout de l'intestin. Plus les deux bouts tendent à former entre eux un angle aigu ou à se rapprocher du parallélisme, et plus aussi l'épéron se trouve développé de façon à constituer deux orifices bien distincts, dont un pour chaque bout de

l'anse intestinale. Lorsque l'éperon ou promontoire fait saillie dans la fistule, les deux bouts sont complètement séparés jusqu'à l'orifice cutané, et il peut être alors difficile de trouver l'ouverture qui conduit dans le bout inférieur. D'autre part, la rétraction cicatricielle peut déterminer un rétrécissement notable de l'orifice fistuleux, une sorte de **stricture** de ce dernier; on peut alors observer tous les symptômes propres à une stricture de l'intestin, à savoir la constipation, les vomissements, etc.

Enfin, des différences physiologiques considérables peuvent être créées par la région de l'intestin qui, dans chaque cas particulier, est le siège de la fistule. Lorsque cette dernière occupe un point élevé du jéjunum et donne issue à une grande quantité de matières intestinales, il est bien évident que les phénomènes se rapportant à la nutrition du malade seront tout différents de ceux que l'on observe lorsque la fistule intéresse la partie inférieure de l'intestin grêle ou même le côlon. Dans le premier cas, en effet, les aliments à moitié digérés, ainsi que les liquides de sécrétion qui auraient servi à la digestion ultérieure, et se trouvent mélangés avec la masse alimentaire, sont complètement perdus pour l'organisme. En outre, certaines autres fonctions sont troublées, par exemple les fonctions rénales, par suite de l'absorption insuffisante de liquides par la muqueuse intestinale; en même temps, la quantité d'eau absorbée ne suffit pas aux besoins de l'organisme. Dans ces conditions on s'explique facilement la diminution de l'embonpoint, la sécheresse particulière de la peau et des muqueuses, phénomènes qui, généralement, se montrent de très bonne heure, et entraînent finalement la mort du malade s'il n'est pas possible d'obtenir une prompte guérison de la fistule.

Les fistules qui intéressent le côlon ont des conséquences beaucoup moins graves au point de vue de la nutrition du malade; leur principal inconvénient est l'état de malpropreté résultant de l'issue des matières fécales par la fistule. On devra, d'autre part, se rappeler que la fistule peut intéresser une portion du gros intestin située en dehors du péritoine, et que, dans ces cas, on n'a pas à prendre en considération, pour le traitement, les dangers qui résultent du voisinage de cette membrane.

§ 146. — Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous permettront d'être bref au sujet des **symptômes** et du **diagnostic**. On reconnaît une fistule intestinale à l'existence d'une ouverture fistuleuse permanente des téguments abdominaux, par laquelle s'écoule le contenu de l'intestin. L'odeur fécale du pus ne permet pas, à elle seule, de conclure qu'il s'agit d'une fistule intestinale, car elle s'observe également lorsque le pus provient d'un abcès voisin de l'intestin. Un symptôme décisif dans les cas où le diagnostic est douteux, c'est l'évacuation par la fistule de débris d'aliments, tels que des graines de légumineuses qui ne sont pas digérées. L'aspect de l'intestin, surtout dans les cas de prolapsus de ce dernier, permet parfois de reconnaître si la

fistule provient de l'intestin grêle ou du gros intestin, sinon on cherchera à tirer des conclusions de la nature des évacuations et de la rapidité avec laquelle les aliments ingérés reparaissent au niveau de la fistule. L'influence beaucoup plus rapide exercée sur la nutrition par une fistule intéressant une partie élevée du tube intestinal, ainsi que les changements survenus dans la sécrétion de l'urine, devront être pris aussi en considération.

Une fois que l'on a posé le diagnostic de fistule intestinale, il s'agit en outre, de déterminer les caractères spéciaux de cette dernière, soit par l'introduction du doigt, soit au moyen de sondes. Ce sont précisément les fistules à double orifice et à valvule, c'est-à-dire celles qui nécessitent une opération, qui souvent présentent, sous ce rapport, de sérieuses difficultés. Parfois on réussit à trouver les deux bouts de l'intestin en introduisant deux sondes ou cathéters simultanément et en s'assurant si les deux instruments pénètrent dans un seul tube ou dans deux tubes distincts.

Lors de la formation de la fistule disparaît, en général, le plus grand danger qui menace le malade affecté d'une gangrène herniaire; cependant il peut succomber au défaut de nutrition, surtout lorsque la fistule occupe une partie élevée de l'intestin grêle. Les fistules tubulaires guérissent, le plus souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, sans intervention de l'art ou à la suite de cautérisations répétées qui favorisent la rétraction cicatricielle; par contre, les fistules labiées ne guérissent jamais sans opération.

Les fistules qui font communiquer la vessie avec l'intestin entraînent des troubles fonctionnels graves. Lorsqu'il s'agit d'une fistule recto-vésicale, deux cas peuvent se présenter; ou bien l'urine pénètre dans le rectum sans que le contenu de ce dernier arrive dans la vessie, ou bien les matières fécales pénètrent également dans la cavité vésicale. Dans le premier cas l'état du malade peut être tolérable, si le sphincter anal ferme parfaitement le rectum. J'ai observé un cas de fistule vésico-rectale survenue à la suite d'une tuberculose de la vessie. Le malade ne perdait pas une goutte d'urine involontairement lorsqu'il pouvait, toutes les deux heures, vider le contenu de son rectum. Le pronostic est beaucoup plus grave lorsque le contenu du gros intestin pénètre dans la vessie, et suit la voie urétrale pour arriver à l'extérieur. On devra, dans ces cas, tenter la suture par le rectum; on peut ainsi parfois obtenir la guérison, comme le prouve un cas de NUSSBAUM. La situation du malade est encore plus grave lorsque c'est l'intestin grêle qui communique avec la vessie. La nutrition est alors en souffrance et bientôt survient une cystite intense. NUSSBAUM conseille à bon droit dans ces cas la laparotomie et la suture isolée de la vessie et de l'intestin, après séparation de ces deux organes l'un de l'autre; au besoin on pratiquera préalablement la résection des bords de l'orifice intestinal. Le malade éprouve de telles souffrances,