

## CHAPITRE V

## DES FISTULES.

Les *fistules* sont des espèces d'ulcères étroits et prolongés, entretenus par une cause locale et donnant issue à des matières diverses; quelques-unes se rattachent à l'histoire des tumeurs, dans leur principe, c'est ce qui nous engage à placer leur description après celle des *tumeurs* et des *ulcères*.

Nous avons parlé des *abcès fistuleux*; quelques fistules se rattachent à l'histoire des *corps étrangers* dont nous traiterons bientôt; il ne sera question ici que de celles occasionnées par la lésion des cavités naturelles.

Comme lésions le plus souvent chroniques, les fistules se présentent rarement à traiter à bord; il importe cependant de connaître leur histoire, ne fût-ce que pour les prévenir.

*Fistules aériennes.*

Les pertes de substance des sinus frontaux, des sinus maxillaires, de la voûte palatine, peuvent donner lieu à des ouvertures permanentes qui donnent passage à l'air pendant l'acte de la respiration. Le traitement, dans les deux premiers cas, consiste à rafraîchir les bords de la fistule et à réunir la peau au devant de l'ouverture osseuse, soit avec des agglutinatifs, soit au moyen de la suture entortillée telle qu'on la pratique pour le bec de lièvre, c'est-à-dire en traversant les bords de la plaie récente avec des aiguilles ou des épingles

ordinaires, et en maintenant ces bords rapprochés au moyen d'un fil ciré qu'on entortille en huit de chiffre autour de chaque aiguille. Lorsque la réunion ne réussit pas, on tient l'ouverture oblitérée au moyen d'une plaque ou d'une pelotte maintenue par un bandage convenable. Pour les ouvertures de la voûte palatine, on emploie des obturateurs mécaniques qu'il ne nous appartient pas de décrire.

Les plaies de la trachée, artificielles ou accidentelles, occasionnent des fistules aériennes quelquefois difficiles à guérir, et qu'on traite par les mêmes moyens que ceux établis ci-dessus; il est des cas où même il ne convient pas de les guérir: M. Reynaud, chirurgien en chef à Toulon, a rapporté le cas d'un forçat chez lequel, après plusieurs tentatives de suicide, le larynx s'oblitéra, une fistule s'étant établie au-dessous, fistule par laquelle le blessé respirait; et, chose remarquable, cet individu articulait de manière à se faire entendre, bien que les voies respiratoires ne fussent plus en communication avec la bouche.

Les fistules qui peuvent succéder aux lésions de la poitrine doivent être maintenues oblitérées au moyen d'obturateurs convenables.

*Tumeur et fistule lacrymales.*

L'irritation et l'épaississement de la muqueuse qui tapisse les voies lacrymales, l'oblitération par toute autre cause de ces mêmes voies, peuvent interrompre le cours des larmes et donner lieu à la *tumeur lacrymale*, manifestée par une élévation ordinairement peu saillante, au-dessous du grand angle de l'œil, tumeur circonscrite, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, qui se vide lorsqu'on la comprime, par le reflux de la matière qu'elle contient, à travers les points lacrymaux ou le canal nasal; les larmes finissent par couler en totalité sur la joue (épiphora). Il arrive

une époque où la tumeur s'enflamme, s'amincit et se perfore, d'où résulte la *fistule*, qui donne lieu à l'écoulement perpétuel d'un liquide séro-purulent, et peut être suivie de désorganisation plus ou moins considérable des parties environnantes.

Le traitement consiste d'abord à combattre la cause locale qui le plus souvent est inflammatoire, ou générale, telle que la syphilis, les scrophules, les dartres, etc., des saignées locales répétées, des topiques émollients, des dérivatifs : pédiluves irritants, purgatifs, vésicatoire à la nuque, etc., auront le plus souvent des résultats plus avantageux que toutes les opérations usitées jusqu'à ces derniers temps. Si cependant la maladie se montre rebelle, si l'époque du retour est éloignée et que le malade désire être soulagé de son incommodité, il faut faire choix d'un procédé opératoire; la canule de M. Dupuytrén est sans doute le meilleur, mais à bord on n'a pas de canules; le procédé du séton est fort incommode; nous sommes donc obligés de donner la préférence en pratique navale au procédé de J.-L. Petit, modifié.

On se munit d'un bistouri ordinaire, à lame étroite et à pointe solide, d'une petite tige de plomb de la grosseur d'une petite plume de corbeau, longue de huit à dix lignes et terminée en tête de clou ou recourbée à angle droit à une de ses extrémités. Le malade convenablement situé et la tête maintenue par des aides, le chirurgien cherche avec le doigt à déterminer la situation de l'orifice supérieur du canal nasal, ordinairement situé sous le tendon de l'orbiculaire, qu'on fait saillir en tirant en dehors l'angle des paupières; le bistouri tenu de l'autre main est alors plongé de haut en bas, le tranchant tourné en dehors, à travers les parois du sac, de manière à pénétrer dans le canal où on l'enfonce autant que possible, puis on le retire doucement en faisant glisser sur la face antérieure la pointe du fil de plomb qu'on lui substitue en le faisant pénétrer dans le canal jusqu'à la tête qui reste

en dehors de la plaie, et qu'on recouvre avec une mouche de taffetas gommé ou de diachylum. Ce fil de plomb sert de conducteur aux larmes, et il convient de le retirer momentanément tous les huit jours pour le nettoyer ou lui en substituer un plus gros. Le malade conservera le fil de plomb pendant plusieurs mois et même une année, s'il veut s'assurer une guérison qui pourtant est encore précaire. Au lieu de fil de plomb on peut se servir d'une petite bougie de gomme élastique, mais il n'est personne qui ne puisse fabriquer une petite tige convenable avec le plomb qu'on peut trouver à bord.

Si l'ouverture fistuleuse présente des fongosités, on les excise ou on les réprime avec la pierre infernale.

#### *Tumeurs et fistules salivaires.*

Les fistules salivaires résultent d'une solution de continuité des conduits des glandes parotide, sous-maxillaire, ou des canaux de Sténon ou de Warthon; on les reconnaît à leur situation et à l'aspect du liquide transparent et visqueux qu'elles fournissent, et dont l'abondance est plus grande pendant l'acte de la mastication. Elles sont plus incommodes que graves.

Lorsqu'elles n'affectent que des conduits rudimentaires, de simples cautérisations avec la pierre infernale peuvent les oblitérer, surtout aidées de la compression; cependant dans un cas d'érosion du tissu glanduleux, M. Amussat fut obligé d'extirper la glande sous-maxillaire, exemple hardi qu'on ne suivra pas en pratique navale.

Des fistules du canal de Sténon ont été guéries par la cautérisation et la compression, favorisées par l'immobilité de la mâchoire. Si ce moyen ne réussit pas, et que la guérison soit sollicitée, le procédé le plus simple et le plus sûr est celui-ci: on se procure un petit trocart avec lequel on perfore, par le point fistuleux, en avant du muscle masséter, l'épaisseur de la joue soulevée par deux doigts introduits dans la bouche.

L'extrémité d'un fil de plomb est introduite par la canule qu'on retire et qu'on arme encore pour perforer de nouveau la joue obliquement en avant, toujours par le point fistuleux. La canule sert alors à introduire un fil de soie, ou même de chanvre, qu'on fixe à l'extrémité extérieure du fil de plomb qu'il sert à ramener dans la bouche, par la seconde perforation, de sorte qu'une portion de joue est comprise dans l'anse du fil de plomb dont la convexité correspond au canal de Sténon, et dont les extrémités sont tordues dans la bouche; la plaie extérieure est réunie et la mâchoire tenue immobile. Les parties embrassées par le fil sont graduellement divisées, et il en résulte une large ouverture interne, par laquelle la salive s'écoule dans la bouche, et qui permet la guérison de la fistule; nous croyons qu'à défaut de trocart un poinçon pourrait suffire.

La dilatation du conduit de Warthon est connue sous le nom de *grenouillette*; la fréquence des inflammations buccales, chez les marins, nous permet de supposer qu'elle peut s'offrir en pratique navale. Elle réclame d'abord l'incision, pour vider la tumeur; mais le plus souvent cette opération est insuffisante, et la maladie se reproduit bientôt. M. Dupuytren a imaginé de tenir l'ouverture béante au moyen d'une espèce de bouton à deux têtes, semblable à ceux qu'on porte à la chemise; une des plaques est engagée dans la cavité du kyste dont les parois embrassent la tige qui doit avoir d'une à deux lignes de longueur sur une demi-ligne à une ligne de diamètre. On peut fabriquer ce bouton en plomb et même en bois dur.

#### *Fistules stercorales.*

L'*anus anormal* qui succède aux *hernies*, aux *plaies* ou *blessures du canal digestif*, n'est autre chose qu'une fistule stercorale. Lorsqu'au moyen des procédés indiqués à l'article *les plaies du ventre* on n'est pas parvenu à rétablir la continuité

de l'intestin, le malade se trouve affecté d'une infirmité dégoûtante dont il faut tâcher de le délivrer. Lorsque l'intestin n'est pas divisé en totalité, que les bords de l'ouverture adhèrent aux parois abdominales, on parvient quelquefois, au moyen d'une légère compression, à obliger les matières stercorales à enfler la voie naturelle; lorsque l'intestin est divisé dans toute sa circonférence, le même effet peut avoir lieu, tant par la compression qu'on exerce au moyen d'un petit tampon de linge sur l'*éperon* formé par l'adossement des deux bouts de l'intestin, que par suite d'un travail naturel par lequel cet éperon est attiré en dedans; mais lorsque les bouts de l'intestin sont situés presque parallèlement, ce résultat est plus précaire, et alors on est obligé de recourir au procédé de M. Dupuytren, qui consiste à opérer la division des parois intestinales adossées, au moyen d'une espèce de pince dont le praticien est ordinairement dépourvu à bord. En conséquence, dans les cas semblables, on attendra le retour pour procéder au traitement curatif de l'anüs anormal, traitement compliqué dont nous ne pouvons exposer tous les détails. L'essentiel est donc de prévenir les accidents d'étranglement, en tenant l'orifice du bout supérieur suffisamment dilaté, en prévenant le prolapsus de la muqueuse et l'invagination intestinale, au moyen d'une compression méthodique, et, lorsque l'anüs anormal est bien établi, en adaptant à l'ouverture un receptacle en bois ou mieux en métal, assujetti par un appareil convenable, et que le malade a soin de vider et de nettoyer plusieurs fois par jour.

On donne plus généralement le nom de fistules stercorales à celles qui surviennent aux environs de l'anüs. Les hémorroïdes enflammées, les corps étrangers arrêtés dans le rectum (fragments d'os, arrêtes de poisson), ceux introduits directement, les rectites chroniques (dyssenterie), les ulcérations, les abcès de la marge de l'anüs qui perforent l'intestin de dehors en dedans, les blessures qui pénètrent dans le rectum,

les coups violents ou les chutes sur le siège, sont autant de causes déterminantes assez fréquentes chez les marins. Les matières stercorales qui de l'intestin passent dans le tissu cellulaire environnant, y déterminent des abcès stercoraux ou gangréneux, annoncés par une douleur vive, puis la rougeur ou l'empâtement et la tuméfaction à la marge de l'anus, la fièvre, etc. Le doigt introduit dans l'anus trouve le rectum tuméfié et douloureux. Ces abcès doivent être ouverts dès que leur existence est constatée, afin de prévenir les délabrements qui doivent en résulter; ils exigent en outre un traitement antiphlogistique vigoureux. Il est rare que l'évacuation de ces abcès soit suivie de guérison; dans la plupart des cas une fistule s'établit et réclame une opération.

L'existence d'une ouverture fongueuse aux environs de l'anus, ouverture donnant issue à des matières d'apparence et d'odeur fécales et à des gaz, sont les signes caractéristiques; lorsqu'ils sont douteux, le diagnostic est confirmé par l'introduction d'un stylet qui de l'orifice fistuleux vient faire saillie dans la cavité de l'intestin. L'orifice interne est le plus souvent situé au bas de l'intestin, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus, quoique les parois du rectum puissent être dénudées à une hauteur considérable.

On se gardera de confondre les fistules stercorales avec les fistules urinaires.

Le mode opératoire le mieux sanctionné par l'expérience est celui de l'*incision*. Pour opérer, comme pour sonder la fistule, le malade est couché sur le côté affecté, la cuisse du côté sain fléchie et la fesse écartée par un aide. Le chirurgien, muni d'une sonde cannelée, d'un bon bistouri droit, d'un gorgéret de bois dur, d'une grosse mèche de charpie enduite de cérat, ajustée sur un porte-mèche, de plumasseaux, de compresses et d'un bandage en T, etc., procède à l'opération en introduisant la sonde cannelée dans le trajet fistuleux, tandis que l'index de l'autre main, enduit de cérat, est porté dans le

rectum pour diriger et recevoir l'extrémité de la sonde qu'on tâche de faire sortir par l'anus; alors toutes les parties à diviser forment sur la cannelure un pont que l'on divise rapidement avec le bistouri. Si l'orifice interne est trop élevé et les chairs à diviser trop épaisses, la sonde introduite, on pousse dans le rectum le gorgéret enduit de cérat, de manière à faire arc-bouter la sonde cannelée dans le cul-de-sac du gorgéret que le chirurgien tient assujéti, tandis que la sonde est confiée à un aide, puis, de la main libre, on glisse le bistouri sur la cannelure de la sonde jusqu'au gorgéret, et l'on incise hardiment toutes les parties comprises entre les deux instruments qu'on retire ensemble pour s'assurer qu'il ne reste aucune bride entre eux.

S'il existe plusieurs trajets fistuleux, on répète la même manœuvre pour chacun d'eux.

Pour le pansement, on introduit dans le rectum la mèche enduite de cérat jusqu'au dessus de l'angle supérieur de la plaie, et on la ramène dans l'écartement de cette plaie, de manière qu'elle en occupe toute l'étendue. Ce précepte est important; de son observation dépend le succès de l'opération. On applique sur la plaie d'épais gâteaux de charpie, plusieurs compresses, et le bandage en T, qui convient pour toutes les lésions du périnée: il se compose d'un circulaire garni à la partie moyenne de son bord inférieur d'une ou deux bandes larges de trois à quatre doigts, qu'on ramène dans le pli des aines pour les assujettir à la partie antérieure du circulaire serré autour des hanches. On renouvelle le pansement quand le malade veut aller à la garde-robe. On régularise les selles au moyen de lavements, de manière à n'avoir de pansements à faire que toutes les vingt-quatre heures. On diminue le volume et la longueur de la mèche, à mesure que la cicatrisation avance.

*Tumeurs et fistules urinaires.*

Ces fistules résultent des perforations des conduits urinaires, depuis les reins jusqu'à l'urètre. Celles qui succèdent aux lésions des reins sont ouvertes aux lombes ; leur guérison appartient à la nature, on peut la favoriser par la compression ; souvent il faut les maintenir dilatées pour favoriser la sortie des calculs qui les entretiennent. Elles sont très-rares, surtout en pratique navale.

Autant nous en dirons des fistules des uretères.

Les lésions de la vessie avec perforation sont le plus souvent mortelles ; mais lorsque l'épanchement d'urine a lieu hors du péritoine, il peut en résulter des abcès très-graves, gangreneux, auxquels succèdent des fistules à l'hypogastre, aux aines, etc. L'indication principale est de favoriser le cours naturel des urines en sondant souvent le malade, ou même en laissant une sonde à demeure.

Les fistules *vésico-rectales*, résultant de lésions artificielles ou accidentelles, sont extrêmement fâcheuses. On les reconnaît particulièrement au passage des matières propres à l'un ou l'autre réservoir, dans le réservoir opposé. On les distingue des fistules *urétro-rectales*, par cela que dans celles-ci l'urine ne passe dans le rectum que pendant l'expulsion du liquide. Le traitement curatif est extrêmement difficile et précaire ; nous conseillons au praticien navigateur de s'en tenir au traitement palliatif qui consiste à sonder le malade fréquemment et avec précaution, et à donner des lavements journaliers pour régulariser les selles.

Les fistules *urétro-périnéales* méritent plus de nous occuper, parce qu'elles sont plus fréquentes chez les marins, et aussi plus faciles à traiter. Les *rétrécissements de l'urètre* en sont la cause la plus ordinaire, et la fréquence des affections syphilitiques, chez les marins, fait que ces rétrécissements sont

très-communs chez eux. A mesure que le rétrécissement augmente, l'émission des urines devient plus difficile. La vessie souvent distendue perd de son ressort, l'urètre lui même se dilate en arrière de l'obstacle. L'urine incomplètement expulsée acquiert par son séjour des propriétés irritantes dont les effets s'ajoutent à ceux de la dilatation pour produire des ulcérations, des perforations d'où résultent des tumeurs et des abcès urineux au périnée. Quelquefois les tentatives mal dirigées pour obvier aux accidents de la *rétenion d'urine*, deviennent cause de fistules, par les déchirements, les *fausses routes* qu'opère la sonde mal dirigée.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il existe une crevasse de l'urètre, l'urine s'épand dans le tissu cellulaire du périnée, du scrotum et même des aines, y détermine des tumeurs quelquefois dures, indolentes, qui finissent par s'enflammer et s'abcéder, en opérant parfois des délabrements énormes.

Les fistules qui succèdent à ces abcès offrent ordinairement un orifice en *cul de poule*, d'où s'écoule un fluide d'odeur urineuse ; leur trajet plus ou moins étendu est semé de callosités ; souvent elles deviennent multiples par formation d'abcès successifs.

La première indication curative consiste à combattre la cause qui le plus souvent, avons-nous dit, est le rétrécissement de l'urètre. Le procédé le plus simple et jusqu'à présent le plus sûr, consiste dans l'introduction des sondes de gomme élastique, qu'on laisse à demeure chaque jour pendant plusieurs heures, et dont on augmente graduellement le volume, jusqu'à ce que le canal ait une ampleur à peu près normale, ce qui exige quelquefois plusieurs mois de traitement. Le *cathétérisme*, dans les cas de rétrécissement de l'urètre, est quelquefois très-difficile et demande autant de dextérité que de persévérance. Pour introduire la sonde, il faut, la disposition de l'urètre étant bien connue, faire étendre le malade sur le dos, les cuisses fléchies, écartées et la poitrine élevée, se placer

à sa gauche, saisir la verge de la main gauche, la tenant perpendiculairement à l'axe du corps, abaisser le prépuce, saisir la sonde élastique armée de son mandrin, ou la sonde métallique de la main droite, le pouce placé sur sa convexité; on trempe le bec de la sonde dans du cérat ou de l'huile, ou même de la salive, et on le présente à l'orifice de l'urètre, la concavité de la sonde regardant l'abdomen du malade. On la fait pénétrer en pressant doucement et en ramenant la verge sur elle, et lorsqu'elle est parvenue au niveau du pubis, on renverse la verge et la sonde de manière à faire suivre à celle-ci la courbure du canal et à la faire pénétrer dans la vessie. La liberté de la sonde et l'écoulement de l'urine indiquent que l'instrument a pénétré; on retire le mandrin et on reçoit l'urine dans un vase. Lorsque l'introduction est difficile, on enfonce l'index de la main gauche dans le rectum pour diriger le bec de la sonde. Si l'on rencontre des obstacles, on fait exécuter divers mouvements à l'instrument, ou on prend une sonde plus petite, ou on laisse la sonde en contact avec l'obstacle pour renouveler plus tard les tentatives, etc. Le malade n'urinera que par la sonde.

Indépendamment du cathétérisme, il faut s'occuper de la tumeur urinaire: si celle-ci est considérable ou enflammée, il faut l'évacuer au moyen d'incisions convenables; l'urine ne passant plus par la crevasse de l'urètre, la guérison est promptement obtenue. S'il y a fistule ancienne, l'excision des callosités, la cautérisation avec la pierre infernale favorisent l'oblitération qui a lieu spontanément par la cessation du passage des urines. Dans les cas de déperdition de substance, des lambeaux de peau adroitement empruntés aux parties environnantes et adaptés à l'ouverture au moyen de quelques points de suture ont servi à remplacer les téguments détruits.

## CHAPITRE VI.

### DES CORPS ÉTRANGERS SÉJOURNANT DANS LES PARTIES.

Ces corps étrangers sont gazeux (emphysème), liquides (épanchements) ou solides; il ne sera question ici que des derniers; nous avons déjà traité de ceux qui sont lancés par la poudre à canon.

*Corps étrangers entre les paupières ou à la surface de l'œil.* Du sable, des insectes, des pailles de fer, etc., peuvent, à bord, affecter les yeux des marins, et donner lieu à des ophthalmies plus ou moins graves. Lorsqu'on a lieu de soupçonner cet accident, il faut inspecter l'œil avec la plus grande attention, en soulevant les paupières par les cils. Lorsque le corps étranger est libre, on l'enlève avec un stylet moussé ou un petit rouleau de papier; s'il s'agit de corps pulvérulents, tels que de la cendre, on fait laver l'œil à grande eau. Si le corps est implanté dans la conjonctive, comme le sont ordinairement les pailles de fer, chez les ouvriers en métaux (forgers, armuriers), on cherche à l'enlever avec la pointe d'un cure-dent ou d'une aiguille, avec de fines pinces; si le corps avait pénétré dans les chambres de l'œil, le cas serait très-grave, et il pourrait être nécessaire d'inciser la cornée comme pour la cataracte. Quant aux accidents consécutifs, voyez *Ophthalmie*.

*Corps étrangers dans les oreilles.* Le cérumen accumulé, des pois, des fayols, des insectes, etc., peuvent obstruer le conduit auditif et occasioner des accidents divers, la surdité,