

succéder le plus souvent à la pérityphlite, se termine habituellement par résolution.

Celle-ci est généralement lente à se faire : elle n'est souvent complète qu'au bout d'un à trois mois; elle est quelquefois interrompue par des poussées nouvelles qui peuvent la mettre en question plus ou moins longtemps.

La suppuration, surtout lorsqu'elle succède à une perforation du cæcum ou de son appendice, peut être rapide et s'accompagner de gangrène dès la première semaine. Cependant on ne doit l'attendre en moyenne que du vingtième au vingt-sixième jour, selon Grisolle, quelquefois plus tard encore, et jusqu'au soixantième jour. Au moment de la formation du pus, la fièvre redouble en même temps que les douleurs qui deviennent lancinantes; il survient des frissons irréguliers; la tumeur semble devenir plus volumineuse, et les phénomènes de compression augmentent ou apparaissent s'ils n'ont pas encore existé; Grisolle insiste sur la constipation qui signale fréquemment cette période de la maladie.

La constatation de la présence du pus n'est pas toujours facile : il ne suffit pas, en effet, que ce liquide existe, il faut encore qu'il ne soit pas trop profondément caché. Dans les cas où le foyer se porte vers la peau, la tumeur proémine de plus en plus au voisinage de l'arcade crurale, au-dessous de laquelle on peut la voir s'engager suivant le trajet de la gaine des vaisseaux fémoraux; les téguments s'enflamment, s'amincissent jusqu'à se perforer, et l'on observe alors une ouverture spontanée au-dessus et au-dessous du pli de l'aîne. A. Bérard a vu l'ouverture se faire au voisinage de l'ombilic.

Lorsque le pus occupe la gaine aponévrotique du psoas iliaque, il apparaît également au-dessous de l'arcade crurale, mais à la limite extrême de la région inguinale, en dehors de l'artère; la fluctuation peut alors être renvoyée par des pressions alternatives de la fosse iliaque à la cuisse, et réciproquement; la tumeur inguinale est réductible, subit une impulsion à la toux, etc; en un mot, on observe tous les phénomènes que présente l'abcès par congestion occupant le même siège. Le pus d'un phlegmon iliaque sous-aponévrotique peut même descendre plus bas encore et apparaître au voisinage du petit trochanter. Aubry et Grisolle (1) ont même observé, dans des cas de ce genre, l'envahissement de l'articulation coxo-fémorale.

Pour terminer cette énumération des variétés de l'ouverture de l'abcès iliaque à l'extérieur, je citerai enfin le cas suivant, tiré de la pratique de Velpeau (2). Chez une jeune femme atteinte de phlegmon iliaque, la suppuration avait été reconnue par ce chirurgien: il attendit cependant que la marche naturelle du pus vint confirmer son diagnostic et rendre

(1) *Gaz. médicale*, t. V, p. 123.

(2) *Vigla, Société anatomique*, 12^e année, 7^e bulletin.

l'incision plus aisée, lorsque la tumeur s'affaissa subitement. Évidemment le pus avait fusé profondément. En effet, un examen attentif fit découvrir de l'empâtement au niveau du grand trochanter, l'incision faite en ce point donna issue à la collection purulente.

Il peut arriver que l'abcès, avant d'apparaître sous les téguments ou après s'être ouvert une issue à l'extérieur, fasse irruption en même temps dans un des organes creux avec lesquels il se trouve en contact. Le pus s'écoule alors soit dans le gros intestin, soit dans la vessie, ou bien encore par l'utérus ou le vagin chez les femmes. Il est nécessaire d'insister sur ces différentes perforations et sur leurs conséquences.

L'ouverture dans le cæcum est assez fréquente à la fosse iliaque droite; à gauche, elle peut se faire dans le côlon ou l'S iliaque. Le pus, en descendant dans le petit bassin, ce qui est plus facile à gauche qu'à droite, peut s'évacuer par le rectum. Il suit de là que l'on ne doit jamais négliger l'examen des matières fécales lorsque l'on voit la tumeur s'affaïsser brusquement. Le malade est soulagé en général, mais si la perforation est petite, l'évacuation reste lente et insuffisante: le pus se fait alors quelquefois jour à la paroi abdominale par une seconde ouverture, et les matières fécales pénétrant dans le foyer, il se produit un anus contre nature ou une *fistule stercorale*. Dupuytren a noté la difficulté que rencontrent souvent les matières fécales à sortir à travers la perforation, en vertu du trajet oblique ou de la disposition valvulaire de l'ouverture.

De même la perforation de la vessie s'observe rarement seule: dans les faits de perforation de la vessie, relatés par Dance, Ménière, Johnson, l'abcès s'ouvrait en même temps dans le gros intestin ou à la surface de la peau.

Chez la femme, les abcès de la fosse iliaque s'ouvrent assez souvent dans le vagin, surtout ceux du côté gauche: tantôt il n'y a qu'un suintement qui n'est pas soupçonné ou dont l'origine exacte ne peut être trouvée, même à l'examen au spéculum; tantôt, au contraire, l'écoulement est abondant et rapide, l'orifice facile à voir. Dans le premier cas, la perforation peut siéger dans la paroi utérine, au voisinage du col, dont la cavité transmet le pus au vagin.

Lorsque la paroi abdominale et les viscères échappent à la perforation, on peut voir le pus décoller au loin le péritoine et fuser d'une fosse iliaque à l'autre, en passant au-dessus du pubis. Cette migration est subordonnée à la résistance du péritoine: les exemples paraissent très-rare de perforation de la séreuse, à cette période de la maladie du moins.

Cette énumération sera complète si nous citons enfin le fait recueilli par Demaux qui, d'après Grisolle, a vu le pus s'ouvrir une issue dans la veine cave inférieure.

La guérison n'est pas rare après l'évacuation du pus, mais se fait attendre un temps plus ou moins long. En général, les abcès qui s'ouvrent dans le gros intestin sont ceux qui guérissent le plus vite; l'ou-

verture au niveau de l'arcade crurale, spontanée ou chirurgicale, ne donne souvent au pus qu'un moyen insuffisant d'écoulement à cause de la déclivité du foyer dans le décubitus horizontal conservé par le malade. Il peut donc persister un trajet fistuleux.

Chez les malades qui guérissent, la suppuration laisse souvent après elle un léger engorgement et des indurations qui se résolvent à la longue ou persistent indéfiniment. Le membre inférieur correspondant peut être le siège d'un œdème permanent, lorsque la veine iliaque comprise dans le foyer a eu son calibre diminué par la rétraction du foyer ou même oblitéré par un caillot. Le malade peut conserver enfin une fistule stercorale rebelle au traitement. On a signalé encore des éventrations, la hernie du cæcum par l'orifice fistuleux (Blandin).

Quel que soit le mode d'évacuation du pus, l'abcès de la fosse iliaque peut aussi se terminer par la mort. Celle-ci résulte le plus souvent de l'épuisement causé par la longueur de la suppuration. L'amaigrissement augmente de jour en jour, les malades sont pris de diarrhée, de fièvre hectique. Parfois la terminaison est hâtée par le développement d'une péritonite aiguë généralisée, qui peut survenir soit par propagation de l'inflammation du tissu sous-séreux, soit par la brusque rupture, dans le péritoine, de l'abcès ou de la poche d'une péritonite circonscrite enkystant primitivement le pus.

DIAGNOSTIC. — L'apparition des symptômes propres au phlegmon iliaque, après l'accouchement ou dans le cours de la pérityphlite, ne trompe guère; mais il y a des péritonites circonscrites, aiguës ou chroniques, produisant des tumeurs appréciables, que l'on pourrait prendre pour un phlegmon. Cependant, si l'on réfléchit à la rareté d'une péritonite idiopathique et circonscrite en ce point, on devra plutôt soupçonner le phlegmon iliaque : d'ailleurs l'hésitation ne pourrait être que de courte durée.

Diverses tumeurs peuvent occuper une des fosses iliaques et faire croire à un abcès; ce sont, en premier lieu, la distension de l'intestin par des matières stercorales, puis les tumeurs nées de l'ovaire, et celles qui proviennent des os du bassin. Lorsque la douleur locale et des troubles généraux accompagnent ces affections, on peut se demander s'il ne s'est pas développé autour d'elles une inflammation de la fosse iliaque; mais, en l'absence de toute fluctuation, on ne saurait songer à un abcès.

Les abcès par congestion, nés de la colonne lombaire et de la symphyse sacro-iliaque, par la fluctuation qu'ils présentent, par la migration du pus, par ses différents modes d'évacuation, peuvent simuler les abcès de la fosse iliaque. Selon la marche qu'a suivie le pus, l'abcès par congestion peut donc offrir la physionomie soit du phlegmon sous-péritonéal, soit du phlegmon sous-aponévrotique. Dans certains cas même (1), on a vu un abcès par congestion se révéler avec un ensemble de sym-

(1) Bérard, *Dict. en 30 volumes*, t. I, p. 66.

ptômes qui pourraient en imposer pour un phlegmon aigu. Le diagnostic peut alors être difficile. Toutefois, le plus souvent, un abcès par congestion est indolent et fluctuant dès son apparition, tandis que le phlegmon iliaque, avant la suppuration, s'annonce toujours par une douleur localisée, caractéristique, suivie d'une induration plus ou moins considérable.

Le siège de la douleur et la marche des accidents dans le phlegmon périnéphrétique sont bien différents de ce que l'on observe dans le phlegmon iliaque. Il faut être prévenu, cependant, que le pus né autour du rein peut apparaître à la fosse iliaque, et même que l'abcès iliaque peut remonter sous le péritoine jusqu'à la région lombaire.

Est-il possible de distinguer le phlegmon sous-aponévrotique du psoitis? Dans le plus grand nombre des faits publiés se rapportant à cette seconde affection, on voit la suppuration frapper à la fois le tissu cellulaire du psoas, du muscle iliaque, quelquefois du carré lombaire. Quand le phlegmon est limité au psoas, les malades rapportent à la région lombaire la douleur sourde et profonde qu'ils ressentent. Cette douleur n'est pas exagérée par la pression de la fosse iliaque, mais seulement par les mouvements de la cuisse, qui est dès le début fléchie sur le bassin et en rotation interne. Lorsque le pus est collecté et qu'il tend à descendre, il devient facile de reconnaître sa provenance; mais, somme toute, il envahit alors réellement la fosse iliaque, en sorte que la maladie ne diffère pas beaucoup, à cette période, de l'abcès iliaque sous-aponévrotique.

L'affection reconnue et la situation du phlegmon une fois déterminée, on devra bien se garder de prendre pour une résolution de l'engorgement l'affaissement de la tumeur qui suit l'évacuation du pus par un viscère perforé. L'exploration attentive de l'urine, des matières fécales et des écoulements par le vagin, l'examen du pli de l'aîne, de la cuisse et de la fesse devront être faits chaque jour attentivement.

PRONOSTIC. — D'une manière générale, le phlegmon iliaque est très-grave; mais certaines de ses variétés comportent une exception. Tandis que le phlegmon idiopathique, le phlegmon péricæcal sans perforation, sont susceptibles de résolution, le phlegmon de cause puerpérale est beaucoup plus grave et suppure toujours; enfin le phlegmon stercoral, souvent compliqué de gangrène, est le plus souvent et le plus rapidement fatal.

L'abcès une fois formé comporte lui-même un pronostic différent selon son étendue, la direction qu'il a prise, le mode d'évacuation du pus, la facilité avec laquelle celle-ci s'effectue.

Selon Grisolle, lorsque l'abcès est peu étendu et qu'il tend naturellement à la guérison, celle-ci arrive en général plus vite quand l'évacuation du pus se fait par l'intestin que lorsqu'elle se fait par la paroi abdominale. Cependant, d'une façon générale, ce dernier mode d'évacuation

serait le plus favorable. Sur six malades qui ont présenté une ouverture par le vagin, une seule a succombé. La mortalité a été bien plus considérable pour les abcès qui se sont ouverts à la fois à l'intérieur et dans le tube digestif. Grisolles a compté quatre morts sur sept observations.

TRAITEMENT. — C'est surtout dans les cas de phlegmon iliaque, idiopathique ou consécutif à la typhlite et à la pérityphlite, que l'on devra tenter, avec quelque chance de succès, d'obtenir la résolution. Les applications de sangsues au niveau de la fosse iliaque droite, les onctions mercurielles belladonnées, les cataplasmes, plus tard les larges vésicatoires, conviendront dans ce but. On devra également tenter de rétablir dès le début les fonctions intestinales à l'aide des purgatifs et des lavements.

Lorsque la suppuration n'a pu être évitée, quelques auteurs et Dance en particulier ont conseillé d'attendre que l'abcès s'ouvre dans l'intestin. Mais nous avons vu que cette terminaison est loin d'être la plus avantageuse; d'autre part on ne peut jamais être sûr de l'endroit que le pus choisira pour s'évacuer. Il est donc absolument indiqué, dès qu'on aura constaté la fluctuation, de donner largement issue au liquide à travers la paroi abdominale. Il vaut mieux inciser couche par couche que de pénétrer directement dans le foyer; il importe en outre de pratiquer l'incision le plus près possible de l'arcade crurale et en dehors, en évitant les organes importants de la région. Dupuytren rapporte un fait dans lequel le cæcum a été divisé par le bistouri. On a proposé, dans le but de favoriser davantage l'écoulement du pus et l'affaissement des parois du foyer, de pratiquer l'ouverture en arrière à la région lombaire, à 15 centimètres en dehors de la ligne médiane. Chassaignac signale le danger de l'incision au-dessus de l'arcade crurale et sur la région fluctuante elle-même: on s'expose ainsi à ouvrir le péritoine qui peut former au-devant de l'abcès un cul-de-sac aplati. Cet auteur prescrit l'emploi du trocart courbe.

Le foyer ouvert, on doit favoriser l'évacuation du pus par la situation du malade, par le drainage, les injections; une compression méthodique, en ayant soin de maintenir l'ouverture toujours libre, pourra hâter la cicatrisation et le recollement du foyer.

Quand la collection proémine dans le vagin, c'est dans ce point qu'il faut lui donner issue. Récamier se servait en pareil cas d'un pharyngotome. Chassaignac a pu dans un cas utiliser cette ouverture pour le passage d'un drain qu'il fit ressortir à la peau de la région iliaque.

Après la guérison on peut hâter la résorption des noyaux d'induration au moyen de frictions mercurielles, de vésicatoires volants, etc.

La persistance d'une fistule et surtout d'une fistule stercorale nécessite un traitement spécial.

II. FISTULES.

On peut observer des fistules sur tous les points des parois abdominales, cependant elles semblent avoir pour siège de prédilection la région ombilicale et présentent à ce niveau certaines particularités qui nécessitent une description spéciale. Après avoir étudié d'une manière générale les fistules de l'abdomen, et en particulier les *fistules de l'estomac*, nous consacrerons un article aux *fistules de l'ombilic*.

1° Fistules en général.

D'après leur origine, on peut distinguer les fistules que l'on observe sur les parois de l'abdomen en trois classes, comprenant les fistules *pariétales*, *péritonéales* et *viscérales*.

A. *Fistules pariétales.* — Ces fistules, dont le trajet est tout entier contenu dans l'épaisseur des parois abdominales, se rencontrent surtout à la paroi postérieure et à la partie inférieure de la paroi antéro-latérale, au voisinage de l'arcade crurale. Elles succèdent à l'ouverture de collections purulentes aiguës ou chroniques, telles que les abcès périnéphrétiques, de la fosse iliaque, du petit bassin, le psoïtis suppuré, les abcès par congestion provenant de la colonne vertébrale, des côtes, du bassin.

Les antécédents, la marche de la maladie, les symptômes concomitants, les caractères du pus, permettent le plus souvent de reconnaître l'origine de ces fistules *purulentes*, dont le traitement est subordonné à la nature de la maladie primitive.

B. *Fistules péritonéales.* — Le fait rapporté par Ravaton d'un blessé qui garda longtemps une fistule hypogastrique, à la suite d'un coup de feu reçu au bas-ventre, semble prouver qu'un corps étranger peut se maintenir enkysté dans une portion circonscrite de la cavité péritonéale et y entretenir une suppuration chronique. Cette variété traumatique de fistules péritonéales est certainement fort rare.

Plus souvent, on voit des fistules succéder à la perforation de la paroi abdominale dans le cours des péritonites chroniques, ainsi que l'ont montré Hervieux et Féréol (1). Mais ces fistules s'observent presque exclusivement à la région ombilicale. Il en est de même de la perforation spontanée par laquelle s'évacue le liquide de l'ascite dans certains cas.

Cependant on a vu des fistules péritonéales indubitables en d'autres points de la paroi; ainsi Féréol cite le cas d'une femme de quarante-neuf ans, atteinte de cancer des deux ovaires, observée par le professeur Gubler à l'hôpital Beaujon, et qui présenta dans les derniers temps de sa vie une perforation spontanée de la paroi abdominale au-dessus de

(1) Thèse de Paris, 1859.

l'arcade crurale droite. L'autopsie fit constater un phlegmon diffus de la paroi abdominale communiquant avec une péritonite circonscrite du petit bassin. Il est vrai que le cæcum avait été perforé aussi, de sorte que la fistule était devenue stercorale. Le foyer purulent était si bien enkysté et séparé du reste de la cavité péritonéale, qu'en dehors de lui le péritoine ne contenait ni pus, ni sérosité.

Hervieux (1) a vu de son côté la péritonite enkystée du petit bassin, suite de phlegmon du ligament large, se terminer de même par l'établissement d'une fistule.

C. *Fistules viscérales*. — Ces fistules, qui mettent en communication avec l'extérieur un des viscères abdominaux, peuvent se présenter dans deux conditions différentes. Tantôt, en effet, l'organe ou la partie de l'organe point de départ de la fistule est privé de revêtement péritonéal et le trajet ne présente aucun rapport avec la séreuse; telles sont certaines fistules du rein, du cæcum, de la vessie; tantôt l'organe qui communique avec l'extérieur étant revêtu de péritoine, l'établissement de la fistule suppose préalablement l'oblitération de la cavité péritonéale à ce niveau et l'adhérence du viscère avec la paroi abdominale. Ces fistules peuvent succéder à des traumatismes (*plaies pénétrantes de l'abdomen*), dans lesquels l'instrument vulnérant a intéressé tel ou tel viscère. Mais on les observe aussi très-fréquemment à la suite de la perforation spontanée des organes abdominaux (corps étrangers, ulcérations, affections organiques, etc.). Dans ce dernier cas, l'établissement de la fistule est le plus souvent précédé par un phlegmon et un abcès qui vient s'ouvrir à l'extérieur et établit la communication du viscère avec l'extérieur. Il existe cependant un troisième mode de formation des fistules viscérales qui résulte de l'ouverture simultanée d'un abcès à la surface de la peau et dans l'intérieur d'un viscère. Nous avons signalé cette coïncidence dans l'histoire des abcès périnéphrétiques et iliaques. On peut donc voir une fistule purulente pariétale se transformer à un moment donné en fistule viscérale.

Relativement à la nature des matières qui s'écoulent par les fistules abdominales, on peut distinguer celles-ci en fistules *stomacales*, *intestinales*, *biliaires*, *urinaires*. Nous laisserons de côté pour le moment les fistules *intestinales* et *urinaires*, dont l'étude trouvera mieux sa place à la suite de la description des *hernies* et de *l'anus contre nature* et dans les chapitres consacrés aux maladies des reins et de la *vessie*. Cependant nous signalerons, à l'occasion des fistules ombilicales, une variété de fistules urinaires propres à l'ombilic. Il en sera de même pour les *fistules biliaires* qui seront étudiées ultérieurement, et qui se montrent le plus souvent à la région ombilicale ou dans son voisinage. Nous décrirons seulement ici les *fistules de l'estomac*.

(1) *Maladies puerpérales*, p. 230.

Fistules de l'estomac ou gastro-cutanées.

Au commencement de ce siècle l'idée vint d'utiliser pour l'étude des phénomènes de la digestion l'existence de fistules stomacales chez l'homme. Les premières tentatives faites par Clarion, en 1801, sur un sujet atteint de fistule gastrique, restèrent sans résultat, mais on connaît tout le parti que Beaumont a su tirer de l'observation attentive d'un fait analogue qui servit à ses belles recherches sur le suc gastrique. Au point de vue pathologique, les fistules gastro-cutanées, longtemps considérées comme de simples curiosités, ont été étudiées par Sédillot, Murchison, Middeldorpf et plus récemment par Gauthier, qui a réuni dans sa thèse le plus grand nombre des faits connus.

SÉDILLOT, *De la gastrostomie* (Académie des sciences, 27 juillet et 9 novembre 1846, et *Contrib. à la chirurgie*, t. II, p. 405). — MURCHISON, *Gastric Fistula* (*Med.-chir. Transact.*, 1858, t. XLI). — MIDDELDORPF, *De fistulis ventriculi*, Wien, 1859. — GAUTHIER, *Des fistules gastro-cutanées*, thèse de Paris, 1877.

ÉTIOLOGIE. — Les fistules gastro-cutanées reconnaissent parfois une cause traumatique. Gauthier en a rassemblé onze exemples dans lesquels la fistule avait été produite par des instruments tranchants ou contondants ou par des projectiles de guerre. Dans deux cas la fistule est survenue à la suite d'une contusion qui détermina la formation d'un abcès ouvert à la fois dans l'estomac et au dehors. Enfin Murchison rapporte l'observation curieuse d'une fistule stomacale produite par une pression lente et prolongée avec une pièce de monnaie sur la région épigastrique préalablement dépouillée d'épiderme par un vésicatoire.

Dans d'autres circonstances, les fistules gastro-cutanées s'observent à la suite d'une lésion organique détruisant les parois de l'estomac. Ces fistules *pathologiques* ou *spontanées* succèdent souvent à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. Gauthier a réuni 14 observations de fistules se rapportant à la première de ces affections, et 8 à la seconde.

Enfin les chirurgiens se sont proposé, dans certains cas d'obstruction complète de l'œsophage, de créer artificiellement une fistule stomacale, dans le but d'alimenter les malades. Mais cette opération, désignée sous le nom de *gastrostomie*, avait constamment échoué, lorsque tout récemment le professeur Verneuil (1) a fait connaître à l'Académie de médecine le premier exemple d'un succès complet.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Dans les fistules *traumatiques*, le siège de l'ouverture externe n'a rien de fixe et est en rapport avec le point d'application de l'agent vulnérant. Dans les fistules *spontanées*, l'orifice fistuleux se trouve généralement dans la région de l'abdomen qui correspond à la partie de l'estomac où siège la perforation.

(1) *Académie de médecine*, 31 octobre 1876.

Ainsi les ulcères de la région pylorique donnent lieu à des fistules situées au-dessus et à droite de l'ombilic ; les fistules de l'épigastre et de l'hypochondre gauche correspondent à des ulcères de la paroi antérieure et de la grosse tubérosité. Parfois l'ouverture fistuleuse siège dans un espace intercostal gauche. Dans un cas, observé par le docteur Streeton (1), l'orifice externe de la fistule, qui avait sa source dans le bord duodénal du pylore, était situé entre la septième et la huitième côte droites, au-dessous du sein.

Les dimensions de cet orifice sont très-variables, depuis certains cas où l'ouverture admet à peine un stylet, jusqu'à ceux où l'on peut introduire trois et même quatre doigts dans la cavité de l'estomac.

Tantôt arrondie, tantôt ovale, l'ouverture accidentelle se présente parfois sous la forme d'une fente linéaire, ou affecte un contour irrégulier. Les bords sont généralement durs, calleux, parfois même comme cartilagineux. La muqueuse gastrique fait souvent hernie à travers l'ouverture ; dans d'autres cas, la peau est renversée en dedans. Les téguments environnants sont ordinairement plus ou moins rouges et excoriés par le contact des matières qui s'écoulent de l'estomac.

Le trajet fistuleux est généralement court et borné à l'épaisseur des parois abdominales. Cette brièveté s'observe principalement dans les cas de fistules traumatiques ou succédant à l'ulcère simple. C'est dans ces conditions qu'il est souvent possible d'étudier les phénomènes de la digestion stomacale. Mais parfois le trajet fistuleux est beaucoup plus long. Dans le cas déjà cité de Streeton, le trajet, partant du pylore, présentait une direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors, longeait la face interne du cartilage de la neuvième et de la huitième côte droites, en croisant l'espace intercostal, et se continuait le long du corps de la septième côte pour se terminer au bord inférieur de cette côte, avant son union avec le cartilage. Middeldorpf rapporte un cas analogue dans lequel l'orifice interne siégeait probablement au voisinage du cardia, et l'orifice externe au-dessous et en dedans de la mamelle gauche, entre les cartilages des sixième et septième côtes.

Quant à l'orifice interne, on a signalé son siège trois fois près du cardia, sept fois aux environs du pylore, quatre fois sur la grosse tubérosité, quatre fois sur la grande courbure, cinq fois sur la face antérieure, et une fois sur la petite courbure.

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsque la fistule gastrique est d'origine pathologique, elle est précédée des symptômes propres à la maladie qui lui a donné naissance : douleurs, troubles digestifs, etc. Une fois établie, la fistule se reconnaît à la sortie des matières alimentaires peu de temps après leur ingestion. Si elle est étroite, les boissons seules s'écoulent au dehors ; si au contraire elle présente des dimensions, suffisantes, les aliments solides et liquides s'échappent à l'extérieur. Dans quelques cas

(1) *London Med. Gazette*, 1829, t. III, p. 43.

on signale comme favorisant l'issue des aliments la position penchée en avant.

L'existence d'une fistule gastrique peut ne déterminer aucun trouble fonctionnel. Cependant on a noté une augmentation de l'appétit et de la soif, une constipation opiniâtre, une diminution de la sécrétion urinaire, de l'aménorrhée. Chez une jeune fille observée par Wenker (1), il se produisait à chaque époque menstruelle un écoulement de sang à la surface de la muqueuse stomacale.

Quoique la douleur disparaisse généralement dans les fistules spontanées, dès que la communication avec l'extérieur est établie, elle se montrait très-violente chez deux malades de Murchison et de Middeldorpf.

Les vomissements sont rares. Une malade observée par Leroux et Corvisart éprouvait trois ou quatre heures après les repas un besoin irrésistible de vider son estomac en enlevant l'obturateur qui fermait sa fistule, et se trouvait bien de laver la cavité du viscère avec une infusion de camomille. Signalons enfin, en terminant, la hernie de tout l'estomac qui se produisait chez une malade de Murchison lorsqu'elle se penchait en avant.

DIAGNOSTIC. — L'issue des matières alimentaires constitue le signe pathognomonique des fistules gastriques. Dans les cas douteux on pourrait faire absorber au malade des liquides colorés, et observer leur sortie au dehors. Cependant on doit être prévenu que certaines fistules donnant passage à des matières alimentaires peu après leur ingestion ne sont pas directement en rapport avec l'estomac. Murchison signale un cas de cancer de l'arc du côlon faisant communiquer celui-ci avec le duodénum et avec l'extérieur, à travers les parois abdominales. Les liquides tombant dans l'estomac passaient par le duodénum dans le côlon et arrivaient au bout de peu de temps à l'ombilic.

D'autre part, Maclagan (2) rapporte une observation de fistule œsophagienne venant se faire jour au-dessous du sein droit et donnant issue aux aliments.

On devra tenir compte de ces causes d'erreur avant d'établir le diagnostic, rechercher avec soin les commémoratifs, et se livrer à une exploration minutieuse du trajet à l'aide du cathétérisme. L'examen attentif des matières qui s'écoulent des fistules permettra le plus souvent de décider la question.

PRONOSTIC. — Si l'on excepte les cas où la fistule gastrique est consécutive à une ulcération cancéreuse, il est remarquable de voir le peu d'influence qu'elle exerce sur la santé générale. Des exemples assez nombreux montrent que les sujets ont pu vivre de longues années sans paraître se ressentir de l'existence d'une fistule gastrique. Le fait le plus curieux à cet égard est celui du Canadien de Beaumont, qui vivait

(1) Thèse de Gauthier, obs. 10.

(2) *Glasgow Med. Journ.*, janvier 1860.

encore il y a trois ans, ainsi que je l'ai dit ailleurs, et qui portait sa fistule depuis plus de cinquante ans.

La guérison spontanée des fistules gastriques est rare. Gauthier en rapporte 7 exemples ; mais, sur ce nombre, deux fois la fistule s'est rétablie peu de temps après. Dans deux cas, le traitement chirurgical entrepris par Middeldorpf et Billroth a donné une apparence de guérison ; mais la récurrence a eu lieu rapidement. Cependant la malade de Billroth a fini par guérir après une dernière opération.

TRAITEMENT. — Il va sans dire que les fistules cancéreuses ne sont justiciables que d'un traitement palliatif. On se bornera dans ces cas à oblitérer l'ouverture accidentelle à l'aide d'une ceinture munie d'une pelote ; à prévenir l'excoriation des téguments voisins à l'aide de couches de collodion ; à soutenir enfin les forces du malade par tous les moyens possibles.

Ce traitement palliatif a quelquefois suffi pour amener la guérison de fistules traumatiques ou spontanées ; mais le plus souvent celles-ci persistent indéfiniment, surtout lorsqu'elles présentent des dimensions considérables.

Le chirurgien pourra donc être appelé à tenter par une opération la cure radicale de cette infirmité. Middeldorpf conseille d'avoir recours, dans les fistules étroites, à la *cautérisation* avec le fil galvanique ; ce moyen pourrait en effet être tenté. Il en est de même de la *suture* ; mais, suivant le conseil de Verneuil, on devrait employer un procédé analogue à celui de Malgaigne pour la cure de l'anus contre nature, c'est-à-dire séparer la muqueuse qui revêt le trajet des parties voisines, la renverser en dedans, en l'adossant à elle-même et en la réunissant par quelques points de suture, puis fermer par-dessus les bords de l'orifice externe préalablement avivés.

Dans les deux seules tentatives qui aient été faites jusqu'à ce jour pour obtenir la guérison de fistules gastriques, les chirurgiens ont eu recours à l'*autoplastie à lambeau*.

Middeldorpf, ayant à traiter une fistule en forme de fente, chercha à l'oblitérer à l'aide d'un lambeau de peau adhérent par ses extrémités, et constituant ainsi une sorte de pont qu'il fixa par sa partie moyenne sur les bords de l'ouverture préalablement avivée. L'opération réussit incomplètement ; après diverses alternatives de guérison apparente et de récurrence, la fistule était réduite, vingt mois après, à un petit pertuis capillaire qui ne donnait plus issue au contenu de l'estomac, et qu'on fermait facilement à l'aide d'un emplâtre et d'une pelote compressive.

Dans un autre fait plus récent, Billroth (1) procéda à l'opération en deux temps. Après avoir avivé les bords de la fistule, et créé au voisinage un lambeau qu'il laissa adhérent par ses extrémités, il attendit le bourgeonnement des surfaces cruentées, et appliqua, le seizième jour,

(1) *Archiv für klinische Chirurgie*, décembre 1876.

le lambeau détaché par l'une de ses extrémités sur l'ouverture de la fistule recouverte de bourgeons charnus, puis fixa ce lambeau à l'aide de points de suture. La guérison paraissait complète au bout de deux mois ; mais une récurrence ne tarda pas à avoir lieu, et quatre mois après la fistule était absolument dans le même état qu'au moment de l'opération.

Trois nouvelles tentatives demeurèrent infructueuses. Cependant Billroth (1) finit par obtenir la cicatrisation complète de la fistule en pratiquant la gastrophie après avoir soigneusement détaché de la paroi abdominale la muqueuse et les tuniques sous-jacentes de l'estomac. L'orifice cutané fut ensuite fermé à l'aide d'un lambeau pris sur les téguments voisins.

2° Fistules de l'ombilic.

On peut rencontrer à la région ombilicale toutes les variétés de fistules dont il a été fait mention précédemment ; nous les distinguerons en *pariétales*, *péritonéales* et *viscérales*.

A. *Fistules pariétales de l'ombilic*. — On doit à peine donner le nom de fistule au pertuis qu'on observe parfois au milieu de la cicatrice ombilicale irritée par un corps étranger. Dans ces cas, la cicatrice ombilicale se trouve au fond d'une sorte de canal cutané qui s'évase profondément et dont la cavité contient le corps irritant : ce corps étranger est le plus souvent une petite pierre anguleuse, des fragments de terre ou simplement une concrétion sébacée, ainsi que j'ai eu récemment l'occasion d'en observer un exemple.

Dans un cas présenté à la Société anatomique (2), en pratiquant l'autopsie d'une femme âgée et obèse, on sentit au niveau de l'ombilic une petite tumeur allongée, dirigée obliquement en bas et en arrière. Cette masse semblait occuper toute la couche graisseuse ; la face profonde de la paroi était intacte. En écartant les bords de la dépression cutanée, on aperçut au fond un pertuis, large au plus d'un millimètre, dans lequel le stylet, arrêté par un corps dur, de couleur jaunâtre, ne put s'engager. Après avoir incisé le trajet, on trouva au devant de la cicatrice ombilicale une sorte de sac formé par l'invagination de la peau et contenant un corps homogène, dur, constitué par de la matière sébacée concrète : il avait le volume d'une amande.

Le mode de formation de ce sac et du pertuis qui y conduisait est facile à saisir : à mesure que la paroi abdominale s'épaissit et s'élève, la cicatrice ombilicale, restant fixe, devient de plus en plus profonde, et finit par se trouver au fond d'une sorte de canal cutané dont les bords peuvent s'enflammer par suite de la rétention de corps étrangers nés sur place ou venus du dehors.

(1) *Wien. medicin. Wochenschrift*, 1877, n° 38.

(2) *Progrès médical*, 19 février 1876.

Les fistules pariétales de l'ombilic présentent deux variétés suivant la nature du liquide qui s'en écoule et qui est constitué par du pus ou de la sérosité.

Les fistules *purulentes*, étudiées à propos des diverses variétés de phlegmons de la paroi abdominale antérieure, coïncident le plus souvent avec de vastes décollements du péritoine. Nous avons insisté en temps utile sur les causes de l'ouverture fréquente des collections purulentes sous-péritonéales au niveau de l'ombilic. Nous pouvons ajouter à ces faits de fistules purulentes de l'ombilic un cas rapporté par Curran Warding (1), et dans lequel un abcès thoracique, ayant perforé le diaphragme et cheminé dans la gaine du muscle droit, était venu s'ouvrir à l'ombilic.

Signalons encore des *ulcérations syphilitiques* qui, en raison de la forme enfoncée de la cicatrice ombilicale, peuvent être prises pour des fistules purulentes. Les caractères de l'ulcération, dont les bords sont relevés, taillés à pic, les antécédents du malade, permettront d'établir le diagnostic, qui sera confirmé par l'action rapide du traitement spécifique.

Les fistules *séreuses* pariétales ont été décrites par Boyer (2) en même temps que l'hydromphale. Cet auteur cite le cas d'un jeune homme de dix-sept ans, portant à l'ombilic une tumeur transparente, de la grosseur du poing, qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité de sérosité. L'autopsie permit de constater que la collection séreuse siégeait entre le péritoine et les muscles abdominaux. Ce cas est invoqué par tous les auteurs qui admettent l'existence de l'affection dite *hydro-pisie enkystée des parois abdominales*. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner leur opinion.

Enfin, Quincke (3) cite le cas d'un *kyste de la rate* ouvert à l'ombilic.

B. *Fistules péritonéales*. — Elles sont également *séreuses* ou *purulentes*.

Les fistules *séreuses* résultent de l'évacuation du liquide de l'ascite par une perforation spontanée de la cicatrice ombilicale distendue et amincie.

Les fistules *purulentes* succèdent à la péritonite générale suppurée ou à des péritonites plus ou moins circonscrites, aiguës ou chroniques.

Féréol (4) le premier a fait l'histoire de cette variété de péritonite qu'il nomme perforante, et que Baizeau (5) et plus récemment Gauderon (6)

(1) *The Lancet*, 1872.

(2) *Traité des maladies chirurg.*, t. VII, p. 257.

(3) *Gazette médicale*, 1836.

(4) *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites*, thèse de Paris, 1859.

(5) *De la rupture spontanée de l'ombilic à la suite de la péritonite purulente* (*Archives gén. de méd.*, février 1875).

(6) Thèse de Paris, 1876.

ont étudiée avec soin. Parmi les faits rapportés par ces auteurs, il en est un certain nombre qui doivent être considérés non comme des péritonites suppurées, mais comme des abcès sous-péritonéaux ouverts à l'ombilic. Nous avons en effet signalé précédemment les difficultés que l'on éprouve parfois à distinguer, même à l'autopsie, si l'affection a débuté par le péritoine ou par le tissu cellulaire sous-péritonéal. Abstraction faite de quelques cas douteux, il existe cependant un certain nombre de faits établissant nettement l'ouverture à l'ombilic de péritonites suppurées. Tous ces faits se rapportent à des enfants atteints de péritonite aiguë idiopathique.

Dans le cas où la péritonite s'abcède du côté de la paroi abdominale, il semble que la région périombilicale soit le siège d'élection du travail morbide. Sur vingt-cinq cas de péritonite idiopathique dont Gauderon rapporte les observations, on compte huit cas dans lesquels le pus s'échappa par l'ombilic préalablement distendu, proéminent en forme de hernie ombilicale.

Cette tumeur ombilicale, analogue à celle que produit l'ascite, présente de plus des caractères inflammatoires; quelquefois même la présence de gaz avec le pus produit un gargouillement pendant la réduction. Bouchut (1) insiste sur la difficulté du diagnostic dans les cas semblables. « J'ai éprouvé plusieurs fois, dit cet auteur, de grands embarras pour le diagnostic, en particulier chez une jeune fille qui avait certains symptômes de péritonite avec des douleurs tellement intenses, qu'on ne pouvait explorer la paroi abdominale. Une tumeur vint bientôt faire saillie à l'ombilic : elle se réduisait facilement et présentait alors un certain gargouillement qui nous fit penser à une hernie; mais la peau ne tarda pas à s'ulcérer, et il s'écoula du pus en grande quantité. »

La perforation de l'ombilic se fait généralement au centre de la tumeur ombilicale, c'est-à-dire dans son point culminant.

L'époque à laquelle se fait cette perforation spontanée varie beaucoup : dans un cas, elle eut lieu au douzième jour; on l'a vue ne se faire qu'après trois mois. La quantité de pus qui s'écoule au moment de la perforation peut s'élever à 2 litres et plus, chez des enfants. L'odeur du pus est variable : tantôt il a la fétidité stercorale, signalée par tous les auteurs; tantôt il est sans odeur, phlegmoneux et bien lié. Féréol lui a trouvé plusieurs fois les caractères du pus séreux.

Après cette évacuation, les symptômes généraux s'amendent, la suppuration diminue, devient séreuse, et la fistule se ferme en général au bout d'un mois : la guérison, dans un cas, se fit attendre sept mois et demi. Sur huit cas, Gauderon a noté deux morts. La situation est plus grave lorsqu'il se fait en même temps une perforation de l'intestin. Rambeau (2) a rapporté un fait de ce genre recueilli à l'autopsie d'un sujet

(1) *Gaz. hôpit.*, 1861, p. 186.

(2) *Bull. de la Soc. anatomique*, 1851, p. 306.