

On fait autour de l'ulcère, à une distance de 2 à 3 centimètres de ses bords, une incision libératrice, uni ou bilatérale, comprenant toute l'épaisseur des téguments jusqu'à l'aponévrose; un pansement aux bandelettes ou au vin aromatique active la guérison. Ce moyen s'adresse surtout aux ulcères anciens dont la cicatrisation est lente, les bords indurés et cartilagineux; il n'est pas absolument innocent, FAURE a vu se développer une phlébite grave.

L'incision devra être faite au thermo-cautère lorsque la chose sera possible.

Traitements divers. — Nous ne rappellerons que pour mémoire l'emploi du plomb laminé (GUY de CHAULIAC, REVEILLÉ-PARISE), de la ventilation (BOUISSON).

« L'iodoforme, dit ROHMER, a une importance pratique considérable dans le traitement des vieux ulcères de jambes. LISTER, dans ce cas, l'employait déjà comme l'antiseptique le plus sûr et le plus puissant. On saupoudre la surface de l'ulcération avec l'iodoforme, ou bien on la recouvre de gaze par-dessus laquelle on place une forte quantité de coton avec des bandes qui fixent le tout. On exerce une assez forte compression. » Depuis 1881, VIDAL, à l'hôpital Saint-Louis, emploie avec avantage le sous-carbonate de fer; ce traitement a donné, dit-on, les meilleurs résultats; la guérison aurait toujours été complète après dix, vingt ou quarante jours au plus tard. L'ulcère est d'abord lavé avec une décoction de feuilles de noyer, puis on étend la poudre; la partie malade est recouverte d'un cataplasme de fécule, une bande roulée maintient le pansement. Cette poudre exercerait une action à la fois excitante et sédative.

On s'est encore servi de sulfure de carbone, de sulfate de cuivre, et PANAS vante beaucoup l'usage de l'eau chlorurée.

CHAPITRE IV

FISTULES

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. II. — NOTTA, *Emploi de la liqueur de Villate dans le trait. des fistules*, Paris, 1869. — Art. FISTULE de DESORMEAUX, in *Dict. de méd. et chir. prat.* — Art. FISTULE de POZZI, in *Dict. encycl. des sciences méd.* — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882. — BERNE, *Pathologie chirurg. génér.*, t. 1^{er}, 1883.

Thèses de Strasbourg. — 1839, LÉCHELLE. — 1858, BONTEMPS. — 1867, MAYER.
Thèses de Paris. — 1872, BAUX. — 1874, SIMBAT. — 1876, RAVACLEY, ROBERT, FRASEY, GAUTHIER. — 1878, GUERLIN. — 1880, FARCY.

Définition. — Sous le nom de fistule, on désigne une variété d'ulcération formant tantôt un simple cul-de-sac, tantôt un canal complet à trajet plus ou moins sinueux, et laissant écouler du pus, de la sérosité ou une humeur quelconque de l'économie.

Étiologie. — D'une façon générale, toutes les conditions qui s'opposent à la

cicatrisation et favorisent la transformation d'une lésion temporaire en lésion permanente sont susceptibles de donner naissance à une fistule; aussi, avec POZZI, diviserons-nous cette affection au point de vue étiologique en deux grandes catégories: 1^o fistules par défaut de cicatrisation; 2^o fistules par cicatrisation anormale.

a. *Fistules par défaut de cicatrisation.* — Elles sont fréquentes; tantôt c'est un corps étranger, une esquille, un séquestre dont la présence entretient un trajet fistuleux (fistules par causes mécaniques). Dans cette catégorie, doivent encore prendre place un certain nombre de fistules entretenues par l'issue d'un liquide normal de l'organisme (ulcération du conduit excréteur d'une glande). Il est un autre mécanisme qui peut, lui aussi, empêcher la cicatrisation, c'est la disposition anatomique de la région. Un abcès se forme dans l'aisselle, au pli de l'aîne, au cou, dans la fosse ischio-rectale, la suppuration détruit complètement le tissu cellulaire de la région; le déplacement incessant des plans,

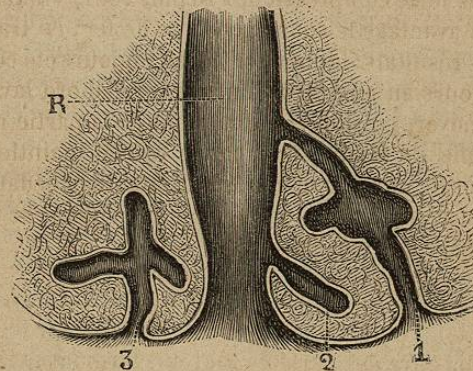


Fig. 1. — Fistules développées autour de l'anus (Schéma).
1. Fistule complète. — 2. Fistule borgne interne. — 3. Fistule borgne externe.

par suite des mouvements physiologiques (cou, aisselle), la fixité des parois de la poche qui ne peuvent se porter à la rencontre l'une de l'autre (fosse ischio-rectale), retardent considérablement la guérison. Voilà les véritables fistules par défaut de cicatrisation.

b. *Fistules par cicatrisation anormale.* — Supposez une plaie ou une ulcération qui ouvre une cavité naturelle et la mette en communication avec l'extérieur ou avec une autre cavité; si, à la suite d'un pareil accident, il y a union dans un cas entre la peau et la muqueuse, dans l'autre entre les muqueuses des deux cavités, il se formera un trajet dont toute l'étendue sera parfaitement organisée, et dans lequel tout travail de réunion deviendra impossible. Tel est le mécanisme le plus ordinaire des fistules urétrales, vésico-vaginales, recto-vésicales et des trajets qui persistent à la suite de plaies des intestins.

En terminant cet exposé, nous devons rappeler l'influence considérable de certaines maladies, syphilis, tuberculose, sur la production des fistules. Tout le monde connaît la funeste prédisposition qu'ont les phthisiques pour les fistules à l'an us.

Certaines fistules enfin sont congénitales; elles sont dues à un vice de développement des organes (fistules du cou, de l'ombilic).

Forme et division. — Suivant leur situation, leur forme, le siège de leurs orifices, etc., les fistules ont reçu des dénominations diverses. On nomme *incomplète* ou *borgne*, la fistule en cul-de-sac munie d'un seul orifice; celui-ci s'ouvre à la peau ou dans une cavité naturelle. La fistule est *borgne externe* dans le premier cas, *borgne interne* dans le cas contraire (fig. 1). La fistule complète est munie de deux ouvertures; toutes les deux peuvent être cutanées, la fistule présente alors l'aspect d'un séton, ou bien l'un des orifices est cutané, l'autre s'ouvrant dans une cavité (fistule muqueuse-cutanée, fistule ordinaire, fistule à l'anus). Chacun des orifices peut être encore dans une cavité différente (fistule bi-muqueuse, vésico-vaginale).

Anatomie pathologique. — Toute fistule présente à étudier : 1° le ou les orifices; 2° le trajet.

Orifices. — Ils sont presque toujours plus étroits que le trajet. L'orifice externe présente un aspect très variable, parfois il est situé au sommet d'une sorte de tubercule ou mamelon que forment à son niveau les parties soulevées; dans d'autres cas, il est caché au fond d'une dépression en cul-de-poule. Irritée par les matières qui s'échappent constamment, la peau est rouge, amincie; les parties périphériques subissent aussi l'influence de ce contact, de là des excoriations et un véritable intertrigo. Il n'est pas rare de rencontrer des végétations en ce point. Au lieu d'être unique, l'ouverture de la fistule peut être formée par plusieurs petits trous (*orifice en pomme d'arrosoir*). Cette variété est commune dans les fistules consécutives aux abcès.

L'orifice interne, rarement saillant, est d'ordinaire fort petit, comme perdu au milieu des plis de la muqueuse qu'il faut étaler pour le découvrir.

Trajet. — Le trajet offre des variétés tout aussi remarquables. Il est parfois unique, rectiligne, mais il présente souvent les sinuosités les plus bizarres. Les ramifications s'étendent alors dans toutes les directions, ce qui rend l'exploration fort difficile. La rétention du pus ou des liquides sécrétés se produit rapidement au fond de ces sinus; par suite se forment au tour des trajets dans certaines régions, en particulier au périnée, sous l'influence de l'irritation chronique des tissus, des masses dures, donnant dans quelques cas une sensation cartilagineuse (*callosités*). A la coupe ce tissu est blanc mat, dense, résistant; l'examen histologique permet d'y reconnaître du tissu conjonctif de nouvelle formation (Pozzi). Le trajet peut, dès le début, présenter sur son parcours une organisation parfaite, tels sont par exemple les cas dans lesquels peau et muqueuses ou deux muqueuses différentes se sont réunies pour le former. Succède-t-il à un abcès ou à une plaie, les bourgeons charnus l'occupent d'abord en partie; avec le temps ces bourgeons s'organisent et sont remplacés par une véritable membrane dermo-papillaire. Les recherches histologiques de ces dernières années ont prouvé que certains trajets fistuleux étaient tapissés par un épithélium stratifié, et avaient comme stroma du tissu conjonctif jeune. Dans les fistules tuberculeuses, le trajet est partiellement recouvert par une couche de fibrine coagulée qui provient de la nécrose de coagulation.

Symptômes. — Quelle que soit l'origine de la fistule, un écoulement de

liquide, continu ou intermittent, l'issue involontaire de matières ou de gaz, si le canal communique avec la cavité intestinale, tels sont les symptômes qui attirent tout d'abord l'attention du malade. Le liquide qui s'écoule ainsi est des plus variables; tantôt il résulte d'une sécrétion normale (urine, salive), tantôt c'est une production pathologique. Dans le premier cas la quantité de l'écoulement augmente pendant l'accomplissement de certains actes physiologiques (*mastication*) ou sous l'influence de l'émotion. A l'examen on trouve du côté de l'extérieur un orifice sur les caractères duquel nous ne reviendrons pas. Explorer le trajet de la fistule n'est généralement pas chose simple, le stylet introduit par l'orifice s'égaré çà et là dans des clapiers, arrive au fond d'un cul-de-sac; aussi, même dans les cas de fistule complète, l'orifice interne est-il parfois fort difficile à découvrir.

L'inflammation des trajets fistuleux avec rétention des liquides constitue une complication fréquente; tout obstacle à l'écoulement la produira presque sûrement. Il est nécessaire d'être en garde contre cet accident qui peut amener la formation d'abcès et consécutivement de nouveaux trajets fistuleux.

Diagnostic. — Lorsque les fistules sont munies d'un orifice extérieur, le diagnostic n'offre pas en général de grandes difficultés; l'écoulement des liquides, les commémoratifs suffiront amplement à l'établir. Il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit par exemple d'une fistule borgne interne perdue au fond d'une cavité, comme l'ampoule rectale: une exploration minutieuse est alors nécessaire. L'existence de la fistule étant admise, plusieurs questions se présentent. La fistule est-elle complète ou incomplète, le trajet est-il simple ou sinueux? Nous avons dit qu'il était parfois difficile de diriger le stylet à travers ces méandres, plus difficile encore d'arriver à l'orifice interne. Pour obvier à cet inconvénient, plusieurs auteurs, après PAUL D'EGINE, ont eu recours à l'injection d'un liquide coloré (lait, eau colorée) à travers le conduit. Il faut encore examiner la cause qui occasionne et entretient la fistule. Ceci nous amènerait à une autre question, la recherche des corps étrangers.

Pronostic. — Le pronostic des fistules est lié à une foule de phénomènes divers. L'étendue, le nombre des trajets, leur ancienneté, les causes qui leur ont donné naissance, l'importance des organes atteints, le tempérament et la constitution du sujet sont autant de considérations qui doivent entrer en ligne de compte, et dont nous établirons la valeur à propos de chaque fistule en particulier.

Traitement. — La classification que nous avons adoptée va nous permettre de tracer quelques règles, aussi générales que possible, relatives au traitement.

Si la fistule est d'origine mécanique, il faut aller à la recherche du corps étranger ou du séquestre dont la présence entretient l'écoulement; le trajet sera ensuite avivé soit avec l'instrument tranchant, soit avec le thermo-cautère, puis le chirurgien cherchera à obtenir la réunion de la plaie.

Les fistules d'origine glandulaire réclament un traitement différent suivant la cause qui les a produites. L'écoulement est-il dû à l'oblitération du conduit ordinaire, il suffira dans certaines circonstances d'un simple cathétérisme de ce conduit pour déterminer la cicatrisation. — Dans les cas d'ulcération, lorsque les cautérisations et la compression auront échoué, l'autoplastie, sous

diverses formes, sera susceptible d'amener la guérison ou tout au moins une amélioration notable du mal.

C'est encore le plus souvent par le bistouri ou le thermo-cautère que l'on attaquera ces fistules qui résultent des mouvements physiologiques d'une région; un débridement fait à propos, aidé d'une compression méthodique, rendra souvent de grands services, là où auront été inutiles injections et scarifications. S'agit-il d'une fistule par cicatrisation anormale et dont, ainsi que nous l'avons dit, le trajet est entièrement organisé, on ne peut guère espérer la cicatrisation sans l'intervention du chirurgien. Suivant que le trajet sera simple ou multiple, que les parties périphériques seront normales ou indurées, les procédés, on le comprend, devront être différents. L'incision simple au bistouri, au thermo-cautère, avec l'anse galvanique, le fil élastique, l'écraseur pourront être tour à tour employés. Quant aux injections irritantes, il est bien rare qu'elles donnent des résultats satisfaisants. Il faudra aussi surveiller l'état général; dans quelques cas, un traitement externe approprié hâtera considérablement la cicatrisation. Enfin, certaines fistules doivent être respectées, on devra s'occuper d'assurer l'écoulement des liquides et d'empêcher l'oblitération du conduit anormal.

LIVRE II

TUMEURS

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS EN GÉNÉRAL

Bibliographie générale. — LAËNNEC, *Essai sur l'Anat. pathol.*, etc. *Journ. de Boyer*, t. IX, p. 360, an XII. — ABERNETHY, *An Attempt to Form a Classif of Tumours*, London, 1804. — CRUVEILHIER, *Anat. path. générale*. — MULLER, *U. die Feineren Bau. u. d. Formen der Krankh. Geschwulste*, Berlin, 1838. — LEBERT, *Physiol. pathol.*, Paris, 1845, et *Traité d'Anat. pathol.*, 1855-57. — VIRCHOW, *Pathol. cellulaire et Traité des tumeurs*, 1867. — FOLLIN, *Traité de Path. externe*, t. 1^{er}, 1861. — BROCA, *Traité des tumeurs*, 1866. — LUCKE, Art. TUMEURS, in *Handbuch de Billroth et Pitha*, 1867. — BILLROTH, *Traité de Pathol. chirurgicale*, Paris, 1868. — PAGET et MOORE, in *Holme's System of Surgery*, 1870, 2^e édit. — PENIÈRES, Th. d'Agrég. de Paris, 1875. — CORNIL et RANVIER, *Traité d'Histologie*, 2^e édit., 1881. — RINDFLEISCH, *Traité d'Hist. pathol.*, 1873. — BARROS BORGOGNO, Th. de Paris, 1879. — WALDEYER, *Die Entwicklung der Carcinome*, in *Virchow's Arch.*, 1872, Bd. LV. — BONNET, Th. de Lyon, 1881. — LANCEREAUX, *Anat. pathol.*, t. 1^{er}. — COHNHEIM, *Allgemeine Pathol.*, t. 1^{er}. — ST-HUBERT SERRE, Th. de Montpellier, 1872 (Agrég.). — CHAUVEAU, Th. de Paris, 1883.

A. — HISTORIQUE

1^o *Période ancienne.* — Les anciens possédaient des notions très vagues sur les tumeurs, et les considéraient comme des productions accidentelles surajoutées à l'organisme ou développées sous l'influence de la bile et de l'atrabile. Ce qui les avait surtout frappés, c'était le caractère essentiellement malin de quelques-unes d'entre elles, et ils admettaient pour l'expliquer la viciation des humeurs. Au XVII^e siècle, la découverte des lymphatiques et de la lymphe permit aux pathologistes de l'époque, de substituer à des fluides imaginaires une humeur réelle, à laquelle on fit d'ailleurs jouer le même rôle; ainsi on adm it le croupissement de la lymphe comme la cause de la malignité et de la dégéné-