

2° Si le ganglion est caséux, ramolli à son centre, adhérent à la peau, que convient-il de faire? Faut-il encore chercher la résolution? Nous ne le pensons pas, car l'ulcération de la peau est certaine; pour éviter des cicatrices vicieuses, mieux vaut intervenir. Si la poche devient fluctuante, on peut la vider au moyen d'une ponction, puis modifier la paroi de la cavité par des injections détersives, antiseptiques ou légèrement caustiques; la petite plaie sera ensuite recouverte de collodion et l'on exercera à son niveau une douce pression avec de l'ouate. Ce moyen réussit mais expose aux récives. L'évacuation simple au bistouri est souvent suivie de fistules. Le drainage, le séton filiforme, et d'une façon générale toutes les méthodes de traitement des abcès froids, sont beaucoup inférieures au raclage de la cavité avec la curette de VOLKMANN, qui donne en pareil cas d'excellents résultats. Il est préférable assurément à l'extirpation.

3° Dès qu'une adénite tuberculeuse devient rouge, chaude, tendue, dès qu'il y a du gonflement, de la fièvre, on sera en droit de soupçonner le début d'un adéno-phlegmon. En pareil cas les antiphlogistiques ne sont pas d'une grande utilité; mieux vaut assurément appliquer des émollients, des cataplasmes, ouvrir largement, antiseptiquement le phlegmon lorsque le pus est collecté; au besoin on curera avec la cuiller tranchante les parois de l'abcès, la coque ganglionnaire.

4° Enfin, semblable intervention sera encore utile à la période fistuleuse; le curage doit être préféré à l'extirpation qui devient plus difficile, dangereuse, par suite des adhérences établies entre la tumeur et les organes voisins.

Pratiqués d'une façon courante en Allemagne, l'extirpation et le curage constituent deux procédés différents qu'il conviendrait de séparer. L'extirpation donne des résultats rapides et brillants quand on opère de bonne heure; au contraire, le curage nous a paru bien préférable lorsque les ganglions sont ramollis ou enkystés. Les résultats opératoires assez nombreux permettent d'apprécier la valeur de la méthode. Tout d'abord elle n'est pas aussi inoffensive que le croyait H. LARREY. ROUX a perdu un malade par suite de l'entrée de l'air dans une veine; BILLROTH, FISCHER CAZIN, ont compté quelques cas de mort par le fait de l'opération, et l'un de nous perdit un malade quinze jours après la ligature de la carotide primitive pour une hémorragie septicémique.

Eu égard aux résultats définitifs, la statistique de FISCHER recueillie par KRISH montre que sur quatre-vingt-douze opérés, il y a eu 35 p. 100 de guérisons complètes et 44 p. 100 de guérisons incomplètes, dont vingt-deux récives. Seize opérés sont morts, dont trois des suites de l'opération et trois de tuberculose: sans doute ces résultats ainsi que ceux de KOCHER ne sont pas parfaits, mais la fréquence des récives tient en grande partie à ce que les opérés guéris de leur ganglions ne sont pas guéris de leur misère, et que plongés de nouveau dans le foyer où ils s'étaient contaminés, l'affection reparait; les mêmes causes reproduisent les mêmes effets. Ce qui le prouve, c'est que CAZIN qui opérait au bord de la mer sur les écrouelleux de Paris obtint des résultats beaucoup plus favorables: rapidité de la cure, persistance des guérisons, diminution notable de la durée du traitement et des terminaisons par phthisie pul-

monaire, tels sont les avantages que le chirurgien de Berck-sur-Mer attribue à l'extirpation des ganglions.

Cependant la Société de chirurgie de Paris (1884) s'est prononcée nettement contre l'intervention chirurgicale à propos d'un fait communiqué par l'un de nous, et seul TRÉLAT s'est élevé contre la proscription excessive d'une opération à laquelle il a recours dans quelques circonstances.

CHAPITRE II

MALADIES DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

§ 1^{er}. — Plaies

Nous n'aurons en vue en étudiant les plaies de la région parotidienne que les particularités propres à la région: elles sont au nombre de trois: 1° la présence de la glande qui expose aux fistules salivaires; 2° la section des filets moteurs et sensitifs et surtout ceux du facial; 3° l'éventualité d'hémorragies redoutables à cause de l'importance des vaisseaux et de la difficulté de l'hémostase.

L'écoulement de salive n'est pas constant; quand il se produit on ne le constate ordinairement qu'après la période inflammatoire. D'abord mélangée au sang et au pus, la salive limpide et fluide sort ensuite très claire avec des intermittences et une suractivité manifeste au moment des repas. Le traitement sera exposé à propos des fistules salivaires.

Toute plaie un peu profonde de la région parotidienne intéresse nécessairement les filets du facial, du plexus cervical et de l'auriculo-temporal; de là des paralysies et des anesthésies qui ne sont définitives que dans les cas où les nerfs ont été détruits sur une assez grande étendue, à la suite des plaies par armes à feu par exemple.

L'hémostase est toujours une question délicate; la recherche des deux bouts du vaisseau divisé présente souvent de telles difficultés qu'on a donné le conseil de lier le tronc de la carotide externe, et au besoin celui de la carotide primitive si l'hémorragie continuait par la circulation collatérale. Nous pensons qu'il vaut mieux débrider largement pour assurer directement par la ligature l'hémostase des deux bouts sectionnés. Si l'on ne peut y parvenir, on appliquera des pinces hémostatiques, bien préférables à la compression simple qui ne conviendrait que pour la transversale de la face. Il n'est pas impossible d'ailleurs de reconnaître si la lésion intéresse la carotide externe ou l'interne. Le pouls temporal disparaît dans le premier cas, persiste dans le second. On connaît deux cas d'anévrysme artério-veineux, l'un produit par un fragment de verre, l'autre par un coup de sabre.

La réunion des plaies parotidiennes suivant la méthode antiseptique devra être tentée; une seule exception doit être faite pour les plaies contuses.

§ 2. — Inflammations et fistules de la parotide

1° PAROTIDITES

Bibliographie. — DUPLAY, in *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XIX, et 1832, t. XXIX, p. 361. — VIRCHOW, *Annales de l'Hôp. de la Charité*, 1858, Bd. I, p. 4. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, 1859. — GUÉNEAU DE MUSSY, in *Gaz. heb.*, 1868. — GILLETTE, *Union méd.*, 1872. — SCHUTZENBERGER, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872. — CROCO, *Bull. de l'Ac. de méd. de Belg.*, 1873. — WENDT, in *New-York Med. J.*, 1880. — SENATOR, in *Gaz. méd. de Berlin*, 1876. — VALLIN, *France méd.*, 1877. Thèse de Montpellier. — 1802, MAURICEAU. Thèses de Paris. — 1861, GIFFARD. — 1864, LE CORNEY, MALFILATRE. — 1876, SOVEIX. — 1878, DARRÉ, BELLAT. — 1883, MIRABEL, CURÉ.

Les inflammations de la glande parotide ou parotidites sont de deux sortes: 1° la parotidite catarrhale subaiguë plus connue sous le nom d'oreillons; 2° la parotidite suppurée ou phlegmoneuse.

A. — OREILLONS

L'étude de cette affection souvent épidémique appartient plus spécialement à la pathologie interne: elle consiste dans une congestion fluxionnaire de la parotide, certainement liée à l'absorption d'un agent infectieux (BOUCHARD) et qui est, par le fait, contagieuse dans certaines conditions. Nous nous bornerons à rappeler ici qu'après une période prodromique caractérisée par des symptômes généraux habituellement peu intenses, les mouvements des mâchoires deviennent douloureux, et la région correspondante, parfois les deux côtés se tuméfient. Peu à peu ce gonflement augmente; il constitue le seul signe bien marqué de l'inflammation, car la douleur, la rougeur, la chaleur ne rappellent en rien les symptômes de la parotidite phlegmoneuse. La gêne de la salivation, les troubles fonctionnels, une soif vive, durent environ un septénaire et peu à peu tout rentre dans l'ordre.

Il y a cependant plusieurs complications assez fréquentes, c'est d'abord l'orchite ourlienne chez l'homme, l'ovarite et la mammite chez la femme, qui apparaissent du cinquième au sixième jour. Elles se terminent habituellement par résolution, mais entraînent quelquefois l'atrophie de l'organe. Enfin il faut signaler parmi les complications rares la suppuration de la parotide.

Le repos, des topiques chauds (ouate et huile de jusquiame), quelques purgatifs légers constitueront le traitement de cette affection bénigne.

B. — PAROTIDITE PHLEGMONEUSE. — PAROTIDES

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les limites précises du phlegmon parotidien; les uns donnent ce nom à toutes les suppurations qui se font dans la loge;

les autres ne considèrent comme parotides que les suppurations glandulaires à l'exclusion des adéno-phlegmons.

Étiologie. — Les causes les plus diverses engendrent la suppuration de la glande parotide; ce sont: 1° les corps étrangers qui mettent obstacle à l'excrétion de la salive; SENATOR a vu une plume de duvet déterminer par sa présence l'inflammation dans le canal du Sténon; 2° les affections inflammatoires du voisinage (adénites, furoncles, anthrax, arthrite temporo-maxillaire, otites, affections buccales); 3° la parotidite s'observerait également dans le cours des fièvres graves, septicémiques, des fièvres éruptives, chez les aliénés, dans la cystite purulente, et comme phénomène de l'intoxication mercurielle. Ces dernières causes ne sont pas comprises de la même façon; tandis que les uns admettent un vice du sang qui se localiserait sur la parotide, d'autres, très nombreux aujourd'hui, pensent avec PIORRY, LE CORNEY, MALFILATRE, SCHUTZENBERGER, CROCO, VALLIN, DARRÉ, qu'il s'agit là d'une propagation à la glande, par le canal de Sténon, d'une affection buccale, de fuliginosités par exemple.

L'adéno-phlegmon explique à lui seul un bon nombre de cas de parotidite. Au lieu de suivre le canal de Sténon, les agents irritants pénétreraient par la voie lymphatique.

Anatomie pathologique. — S'il existe encore quelques incertitudes au sujet de l'étiologie, il faut avouer que les opinions ne sont pas moins contradictoires relativement au siège de l'affection. Il y a certainement des faits dans lesquels l'élément conjonctif est intéressé seul en dehors de l'élément glandulaire, ainsi que BICHAT, BLANDIN, ROKITANSKY l'avaient déjà observé; l'intégrité si fréquente de la glande après ces phlegmons vient à l'appui de cette opinion. D'un autre côté, on ne saurait nier la possibilité de la propagation de l'inflammation aux lobules glandulaires, mais elle ne s'observe que dans les cas de phlegmon diffus.

La variété la mieux étudiée, celle qui mérite plus spécialement le nom de parotidite, débute dans les acinis glandulaires et n'atteint le tissu cellulaire que plus tard. D'après les recherches de VIRCHOW, WEBER, WENDT (1880), il faudrait considérer la maladie comme un catarrhe purulent aigu intéressant les éléments glandulaires et les conduits excréteurs.

A la coupe, contrairement à ce qui existe normalement, les acinis font saillie sous forme de granulations rouge-foncé, volumineuses, susceptibles d'acquiescer les dimensions d'un haricot ou d'une aveline; c'est au centre de ces nodules que se forment de véritables abcès lobulaires, et cela de la façon suivante. A une première période, suivant WENDT, il n'y aurait qu'une hyperhémie congestive; à la seconde, l'exsudation commence, les capillaires se rompent, et l'on constate les extravasats sanguins expliquant la coloration des acinis; on trouve dans les culs-de-sac et les conduits glandulaires des produits de sécrétion altérés, des globules sanguins. Bientôt l'épithélium participe à l'altération; il se segmente, prolifère, d'où l'accroissement de volume; plus tard il subit la tuméfaction trouble, la dégénérescence graisseuse, la désintégration, et forme en se mêlant aux leucocytes des amas qui sont le point de départ des abcès lobulaires.

Le tissu cellulaire inter-acineux oedématié, étouffé, sphacélé par la compression, meurt à son tour; les cloisons disparaissent; les petits amas disséminés tendent ainsi à se réunir, de sorte qu'une portion plus ou moins considérable

de la glande est infiltrée de pus. De là au sphacèle de la parotide il n'y a qu'un pas; cet accident survient quelquefois à la suite de conditions mécaniques lorsque les vaisseaux sont thrombosés ou enflammés (ROBERT) ou par le fait de l'agent morbide lui-même.

On conçoit aisément que dans les cas graves les muscles et les organes voisins puissent être infiltrés de pus, les os dénudés, l'articulation temporo-maxillaire ouverte. Plus d'une fois on a constaté aux autopsies des phlébites, des thromboses, la propagation de l'inflammation aux sinus craniens (VIRCHOW) et au cerveau. SMITH cite un cas d'ulcération de la jugulaire interne; les nerfs et surtout le facial n'échappent pas à cette action du pus, car souvent on a noté des paralysies consécutives.

Symptômes. — Lorsque le phlegmon de la parotide débute d'emblée, ce qui n'est pas très rare, les symptômes locaux et généraux présentent une grande acuité; la région parotidienne devient le siège de douleurs vives, d'un gonflement marqué; la rougeur et l'œdème superficiel n'apparaissent que plus tard. Il est d'ailleurs assez difficile de reconnaître si tout ou partie seulement de la glande a été envahi, car de bonne heure les sensations que donne la palpation sont fort obscures. En même temps les symptômes généraux sont toujours très prononcés; il y a de la céphalalgie, une fièvre vive, de l'anorexie, une langue sale, fuligineuse, une salive épaisse, jaunâtre. Ensuite les troubles fonctionnels qui existaient dès le début ne font que s'accroître; les mouvements de la mâchoire, douloureux, sont bientôt rendus impossibles par suite du trismus.

En peu de jours l'affection atteint toute son intensité; l'œdème s'étend à la face; il est commun de constater des troubles de l'audition, de la vue, et même des phénomènes cérébraux; le gonflement gagne les parties latérales du cou. Tantôt on perçoit une fluctuation profonde, obscure; tantôt, au contraire, le pus a rompu la loge fibreuse résistante qui entoure la glande, et la fluctuation devient manifeste sur quelques points. Que la collection soit ouverte par le chirurgien ou spontanément, il s'en écoule un pus phlegmoneux rarement abondant; parfois il est mélangé à des détritits gangreneux, à des gaz, et exhale une odeur fétide.

Les choses se passent un peu différemment dans le cours des fièvres graves; les symptômes généraux sont masqués par ceux de l'affection principale, ou bien il y a recrudescence subite des symptômes du début; nous avons observé cette marche dans le décours d'une pneumonie infectieuse. Quant aux autres symptômes, ils présentent une variabilité extrême. Tantôt il n'y a qu'un gonflement modéré alors que toute la glande est suppurée, tantôt des collections multiples s'ouvrent à la peau et créent des fistules. La gêne de la mastication et de la déglutition persiste assez longtemps après l'ouverture du phlegmon.

CHASSAIGNAC a encore décrit sous le nom de *parotidite canaliculaire* une sorte de catarrhe purulent des conduits excréteurs; la glande présente seulement de l'empatement; en la comprimant on fait sourdre du pus à l'orifice du canal de Sténon.

Marche. Terminaisons. Complications. — La durée de la suppuration, toujours assez longue dans la parotidite, varie de deux semaines à un mois. L'affection est en outre sujette à des rechutes, à des poussées successives; les gan-

glions cervicaux restent longtemps indurés, et en général, surtout quand il y a eu sphacèle de la glande, les cicatrices sont difformes. Il nous a paru intéressant de signaler la rareté de la fistule salivaire consécutive.

A toutes les périodes, le phlegmon parotidien expose à la mort soit par le fait de l'affection générale qui lui donne naissance, soit par suite de quelque une des complications dont nous allons parler.

Au lieu de se porter vers la peau, le pus, bridé par des aponévroses résistantes, se crée des issues anormales du côté du conduit auditif externe, de l'articulation temporo-maxillaire, en arrière dans la gaine du sterno-mastoidien; on l'a vu plus d'une fois rompre la partie inférieure assez mince de la loge et fuser en suivant la gaine des vaisseaux jusqu'à la clavicule et même dans les médiastins. Si l'on se rappelle l'existence du prolongement profond de la glande et l'absence de l'aponévrose en ce point, on comprendra que le pus en suivant cette voie puisse donner naissance à une variété d'abcès rétro-pharyngiens.

Nous avons déjà signalé les phlébites et la thrombose des veines; ces complications exposent à la pyohémie. Les hémorragies graves consécutives à l'ulcération des vaisseaux sanguins sont mentionnées par plusieurs auteurs, RICHET, GILETTE, ROBERT SMITH, BLOXHAM. — RICHET sauva son malade par la ligature de la carotide externe, tandis que celui de GILETTE mourut avant qu'on pût intervenir. Enfin les paralysies faciales, incomplètes ou complètes, sont fréquentes, GRISOLLE, GRILSINGER, NÉLATON les ont signalées; l'un de nous a vu pendant la convalescence d'une parotidite infectieuse une paralysie du nerf cubital.

Diagnostic. — Il nous semble difficile de méconnaître une parotidite suppurée; l'oreillon avec sa consistance pâteuse, molle, sans changement de coloration des téguments, sans réaction très vive, sans fuliginosités, ne saurait en imposer à un chirurgien attentif. L'arthrite suppurée temporo-maxillaire a un siège beaucoup plus circonscrit. Il n'en est pas de même du phlegmon superficiel ou d'un adéno-phlegmon; ordinairement la marche de l'affection est plus rapide, la fluctuation détermine un gonflement circonscrit; en outre elle a été précédée par une tuméfaction dure, facile à reconnaître.

Il faudra rechercher avec soin dans les régions voisines la cause probable de la parotidite. Dans ce but, on explorera minutieusement les cavités, la bouche, l'oreille, l'articulation temporo-maxillaire et l'orifice du canal de Sténon.

Pronostic. Traitement. — La parotidite est une affection grave parce qu'elle est souvent liée à une maladie infectieuse, ensuite par le fait des complications mortelles mentionnées plus haut.

Les antiphlogistiques, les sangsues, les vésicatoires volants ont été conseillés au début; il ne faudra pas beaucoup compter sur leur action incertaine ou douloureuse; les cataplasmes simples ou laudanisés soulagent les malades. Dès qu'on est en droit de soupçonner la présence du pus, le débridement s'impose, il y a tout avantage à faire une opération hâtive sans attendre la fluctuation. On conseille à cet effet une incision verticale descendant jusqu'à la partie inférieure de la glande, en ayant la précaution de couper couche par couche afin d'éviter de blesser les veines. Après avoir débridé la loge parotidienne sur la sonde cannelée il ne faut plus se servir du bistouri, et déchirer les parois des

petits abcès avec le bec de la sonde. En supposant que le pus ait fusé dans le conduit auditif ou l'articulation de la mâchoire, il n'en faudra pas moins pratiquer une incision déclive. Le drainage, les injections antiseptiques seront avantageusement employés; la compression, les révulsifs légers permettront de faire résoudre l'induration qui persiste assez longtemps.

2° FISTULES SALIVAIRES DE LA PAROTIDE ET DU CANAL DE STÉNON

Bibliographie. — SAVIARD, *Obs. de chirurgie*, p. 531. — LOUIS, MORAND, *Mém. de l'Ac. roy. de chir.*, 1757. — BÉRARD, in *Arch. gén. de méd.*, 1824, t. VI, p. 285. — BOREL, *Gaz. des Hôp.*, 1859. — GOSSELIN, *Soc. de chir.*, 1859. — KAUFMANN, in *Deutsche Zeits. f. Chir.*, 1883, Bd. XVIII, p. 286. — RICHELLOT, POZZI, *Soc. de chir.*, 1882. — STOKER, *The Dublin Med. J.*, 1882.

Thèses de Strasbourg. — 1823, DUPONT.

Thèses de Paris. — 1868, DE GAFFARY. — 1872, CADOT, PIZOT. — 1879, LEBON. — 1883, PRIS.

A. — FISTULES PAROTIDIENNES

Le traumatisme est la cause la plus commune des fistules de la glande, à tel point qu'on peut regarder les autres variétés dues aux abcès, aux corps étrangers, aux calculs, comme exceptionnelles. DUPLAY admet plusieurs variétés de fistules, suivant qu'elles siègent en avant du masséter ou dans d'autres points de la glande. Généralement l'orifice extérieur est très petit, tantôt déprimé, à peine visible au fond d'une petite fente, tantôt saillant à l'extrémité d'un bourgeon; le trajet qui conduit à la glande, d'ordinaire direct, présente rarement 0^m,13 de longueur; comme nous l'avons dit, on a pu confondre une fistule branchiale avec une fistule parotidienne.

Le symptôme caractéristique est la sécrétion d'un liquide clair, limpide, surtout abondant pendant la mastication et dont la quantité augmente par le dépôt sur la langue de sel, de vinaigre, etc. La quantité de liquide qui s'écoule par la fistule, très variable d'un malade à un autre, est sous la dépendance de la perméabilité du canal de Sténon. Quand ce dernier n'est pas oblitéré, une partie de la salive suit son cours normal. Il y a donc, au point de vue du pronostic et du traitement, grand intérêt à s'assurer de cette perméabilité au moyen d'une injection de lait par le canal ou par la fistule, petit artifice bien préférable à l'emploi du stylet.

Toute fistule parotidienne persistante constitue une infirmité gênante et oblige les malades à prendre des précautions pour ne pas mouiller leurs vêtements pendant les repas: en général ils adaptent à ce moment une cravate à leur cou. On a signalé des cas d'oblitération spontanée: ce sont là des exceptions, et l'un de nous a pu observer un exemple de fistule parotidienne qui persistait depuis cinquante ans sans aucun retentissement sur la santé générale.

Traitement. — On a préconisé: 1° la compression; 2° la cautérisation; 3° la suture. La glande est comprimée au niveau de la fistule avec de l'amadou ou des éponges dans le but d'occlure l'orifice et d'atrophier la glande. CURTIS

SMITH a guéri un malade au moyen d'injections de nitrate d'argent: dans un cas de fistule consécutive à un coup de feu relaté par STUTEL (*Th. de Paris* 1872), nous avons vu la guérison par la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Le stylet rouge rendra également des services. Tous ces procédés comptent des succès; il en est de même de la réunion des bords de la plaie et de l'autoplastie. Lorsque la fistule siège au niveau de la parotide accessoire, il serait possible de créer un trajet artificiel oblique en avant du masséter, et de ramener la salive dans la bouche par cette voie.

B. — FISTULES DU CANAL DE STÉNON

Parmi les causes des fistules du canal de Sténon nous citerons: 1° les traumatismes accidentels ou chirurgicaux (ouverture d'abcès, opérations sur la région); 2° les inflammations du voisinage, les périostites, la suppuration de la boule de Bichat; 3° l'inflammation qui résulte de la présence d'un corps étranger, d'une concrétion dans le canal: DUBOIS parle d'une arête de poisson qui amena un abcès du canal, sa perforation et une fistule; 4° les ulcérations néoplasiques gangréneuses ou autres qui siègent à son niveau.

Symptômes. — L'écoulement continu de salive, accru pendant la mastication, constitue le symptôme caractéristique de cette affection; la quantité du liquide est plus considérable que dans les fistules parotidiennes. Un malade de DUPHÈNIX donna 120 grammes de liquide en vingt minutes et celui d'HELVÉTIUS mouillait une serviette. A peine est-il besoin de dire que le siège de la fistule varie, que tantôt il occupe la portion antérieure du conduit qui correspond au buccinateur, tantôt la portion massétéline. Dans un cas de RICHELLOT, le liquide s'écoulait par une double fistule. Cette affection n'a pas sur la santé une influence très marquée.

L'écoulement abondant, l'existence d'un pertuis qu'on peut observer et même sonder, dans une région bien circonscrite, la recherche de la perméabilité du canal, la sécheresse du côté correspondant de la bouche, ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection. Celle-ci est d'ailleurs assez difficilement curable quand elle siège au niveau du masséter malgré la multiplicité et l'ingéniosité des procédés conseillés.

Traitement. — Les moyens de traitement sont au nombre de trois. 1° Rétablir l'ancien canal. 2° Refaire un canal. 3° Supprimer la sécrétion.

1° *Rétablir le canal.* — A cet effet on a tout d'abord essayé d'occlure la fistule dans le cas où le bout inférieur du canal est encore perméable, ce dont on s'assure par une injection de lait ou par le cathétérisme avec deux stylets introduits l'un par le canal et l'autre par la fistule. La suture dans les plaies récentes, la réunion après avivement dans les plaies anciennes, la cautérisation au nitrate d'argent ou avec le fer rouge (LOUIS), la compression en amont de la fistule pour empêcher l'écoulement (MAISONNEUVE) et enfin l'occlusion artificielle avec une feuille d'or collodionnée ou avec la poix (MALGAIGNE) pourront, suivant les cas, réaliser cette première indication. Le cathétérisme et la dilatation de l'ancien conduit seraient également recommandables s'ils n'étaient impraticables dans la plupart des cas (MORAND, LOUIS).