

Les fistules peuvent rester stationnaires pendant un temps assez long, ou bien se compliquer d'inflammations successives, ou bien enfin s'oblitérer.

Une complication assez commune, c'est l'inflammation des trajets fistuleux. Cette inflammation peut être spontanée ou provoquée par un obstacle apporté au cours du liquide. Cet obstacle peut naître de concrétions qui s'arrêtent dans le trajet fistuleux, ou d'une occlusion trop prompte de l'orifice externe. Quoi qu'il en soit, le liquide sécrété, pus ou produit normal, s'accumule dans le canal de la fistule et la distend. De la rougeur, de la tuméfaction, de la chaleur annoncent une phlogose; puis le conduit fistuleux se perfore comme un conduit normal, des abcès se produisent à l'entour et donnent lieu à de nouveaux trajets fistuleux. Si une pareille inflammation se développe dans une de ces fistules borgnes, dont le cul-de-sac avoisine une cavité muqueuse ou la surface tégumentaire, il n'est pas rare de voir la fistule se compléter. Enfin certaines fistules ont une terminaison plus heureuse : après avoir persisté pendant un certain temps, elles se resserrent peu à peu et finissent par s'oblitérer. Longtemps après, l'examen anatomique ne permet de reconnaître à leur place qu'une traînée fibreuse.

DIAGNOSTIC. — Il s'établira surtout d'après les données anatomiques et symptomatologiques que nous avons indiquées plus haut. Le siège du mal au voisinage d'une cavité muqueuse, ou dans des régions comme l'aisselle et le cou, peut déjà faire présumer que derrière une plaie se cache une fistule; on recherchera des éléments de diagnostic dans les commémoratifs de la maladie et dans ses caractères propres. Une solution de continuité petite, arrondie en cul de poule, entourée de callosités qui se perdent dans les tissus, appelle l'attention sur l'idée d'une fistule, surtout s'il s'échappe de cet orifice un liquide purulent ou composé de produits sécrétoires ou excrémentitiels. Dans ce cas, il est difficile de méconnaître une fistule; mais la chose n'est pas toujours aussi aisée lorsqu'il s'agit d'une fistule borgne. Il devient utile alors d'avoir recours à d'autres moyens, et dans ce cas on s'éclaire en retenant par une compression légère le liquide dans l'intérieur du conduit anormal.

Il ne suffit pas de savoir qu'il existe une fistule; le chirurgien doit en rechercher l'origine, la direction, l'étendue, les embranchements. Ces renseignements ne peuvent s'obtenir qu'à l'aide d'explorations avec le doigt ou avec des instruments. Si, chose rare, le doigt peut pénétrer dans la fistule, il explorera plus intelligemment qu'une sonde le trajet anormal; mais, le plus souvent, l'orifice extérieur ne peut admettre que des instruments très-fins. Les sondes de femme, et surtout les stylets de trousse, sont d'excellents instruments explorateurs. Il faut les introduire doucement et ne les pousser qu'avec lenteur; il est quelquefois convenable d'incliner dans divers sens le stylet pour lui faire parcourir sûrement toute l'étendue de la fistule. On ne doit point oublier que les parois de ces conduits anomaux se laissent traverser facilement, et dans la recherche de l'orifice interne de certaines fistules il faut procéder avec une

grande douceur. Dans certains cas, le stylet est arrêté par des brides ou par les sinuosités du trajet. Les injections, déjà conseillées par Paul d'Égine comme moyen de diagnostic (1), peuvent encore aider à reconnaître si une fistule est ou non complète. Enfin, pour l'exploration de quelques fistules, comme les fistules vésico-vaginales, il faut avoir recours à l'application du spéculum. Mais certaines fistules sont intermittentes, c'est-à-dire que leur orifice extérieur se recouvre d'une pellicule cicatricielle qui se rompt de temps en temps, et cette disposition rend souvent fort difficile le diagnostic de ces fistules devenues momentanément introuvables.

Les fistules explorées avec soin ne peuvent guère être prises pour d'autres lésions. Cependant on a confondu quelques fistules avec certains kystes folliculaires allongés qu'on rencontre parfois sur le prépuce ou au voisinage de l'anus, et qui donnent issue à un produit de sécrétion. Si ces culs-de-sac folliculaires viennent à suppurer, il est souvent difficile de les distinguer des véritables fistules.

PRONOSTIC. — Certaines fistules, même d'organes importants, n'entraînent parfois qu'une incommodité très-légère. On voit des malades qui, après une opération de hernie étranglée, conservent pendant longtemps une fistule si ténue, qu'elle ne laisse couler qu'une quantité insignifiante de matières fécales. Il faut, dans l'appréciation de ce pronostic, considérer l'étendue de la fistule, l'organe lésé, le point de cet organe où siège cette fistule. Ainsi les fistules de la partie supérieure de l'intestin grêle ont une gravité bien plus grande que les fistules du gros intestin.

Il restera toujours un certain nombre de fistules tout à fait incurables; mais l'autoplastie, habilement conduite, restreint chaque jour le nombre de ces infirmités. C'est ainsi qu'on peut guérir aujourd'hui des fistules très-larges du bas-fond de la vessie, et d'autres qui coïncident avec une oblitération des conduits excréteurs. Enfin, on a cru que la guérison ne devait point être tentée, dans certaines fistules, chez les phthisiques. Cette réserve, qui ne doit point être commandée par le fait de la phthisie, mais par celui de l'épuisement, sera appréciée à l'article FISTULES A L'ANUS.

TRAITEMENT. — L'incurabilité de certaines fistules exige un traitement palliatif; on se bornera, dans ce cas, à tenir dans une grande propreté les parties malades, à conserver la libre circulation des matières excrétées, et à combattre tout travail inflammatoire qui pourrait se développer dans la fistule. A l'aide de ces précautions on empêche ou l'on diminue ces affections eczémateuses qui se développent autour de quelques fistules, et ces abcès qui créent des trajets multiples et des décollements toujours fâcheux.

La nature et l'origine différentes des fistules ne permettent pas qu'on leur applique un traitement identique. Aussi leur suppression s'obtient-

(1) Livre VI, chap. 77, p. 315, édit. René Briau.

elle par divers moyens. Les indications varient suivant qu'il s'agit de fistules purulentes proprement dites ou de fistules des conduits naturels.

1° Dans les *fistules purulentes idiopathiques*, le traitement s'adresse à la fistule seule dont il faut obtenir l'oblitération. Ce but a été atteint par des voies différentes. Quelques chirurgiens se sont contentés de rapprocher les parois de la fistule ; d'autres ont voulu y provoquer une inflammation adhésive ; enfin on a mis à nu le fond de la fistule pour y favoriser le développement des bourgeons charnus.

Ces trois indications ont été différemment remplies. Une compression douce et un embonpoint provoqué ont pu dans quelques cas satisfaire à la première de ces indications, et oblitérer un trajet fistuleux. C'est par les injections, le séton et la cautérisation que la deuxième indication a été plusieurs fois remplie. Des injections irritantes et caustiques, ou un séton appliqué pendant plusieurs jours (Fergusson), peuvent provoquer une inflammation adhésive et l'oblitération de la fistule. Les injections iodées, généralement employées aujourd'hui, ont donné quelques succès ; celles avec l'eau chaude simplement ont réussi à Ruppis (1) dans les fistules calleuses. Ce médecin a en effet rapporté quelques observations intéressantes de fistules traitées et guéries par des injections d'eau chaude à 80 degrés Réaumur. C'est l'action du calorique qui fait ici tous les frais de la guérison : de là aux caustiques actuels il n'y a qu'un pas. La cautérisation n'est point de date récente dans la thérapeutique des fistules, et les caustiques ont été tour à tour employées sous forme solide ou sous forme liquide. Négrier (2) a vanté de nouveau les trochisques de minium allongés, qu'il conseille de porter dans le trajet fistuleux. Le trochisque retiré au bout d'un ou de deux jours, il s'échappe une eschare tubulée, au-dessous de laquelle se forme une membrane granuleuse facile à cicatriser.

Récemment, John Marshall (3) et Middeldorpf (4) ont proposé de cautériser les trajets fistuleux à l'aide d'un fil de platine qui, introduit froid dans la fistule, est porté au rouge blanc par un courant galvanique. Ce procédé ingénieux permet aussi, lorsque la fistule a deux orifices, d'en faire rapidement la section. Il suffit de tirer sur les fils rougis à blanc pour couper tous les tissus intermédiaires, si ces tissus n'ont qu'une médiocre épaisseur.

La section complète du trajet fistuleux a le grand avantage de mettre à nu le fond de la fistule, qui peut se combler par le développement de bourgeons charnus qui gagnent peu à peu la surface de la section. Cette opération peut être pratiquée par la ligature ou par le bistouri. Enfin, dans quelques cas, la peau qui recouvre la fistule est assez désorganisée pour qu'il ne soit pas permis de la conserver, et on l'excise.

(1) *Archives*, 1844, t. V, p. 376.

(2) *Archives*, 1828, t. XVII, p. 360.

(3) *Medico-Chirurg. Transact.*, 1851.

(4) *Die Galvanocaustik*, 1854.

Les *fistules symptomatiques* ne peuvent être traitées avec quelque succès que si l'on s'est bien rendu compte de la lésion qui produit et entretient la fistule. Existe-t-il un corps étranger venu du dehors ou un séquestre, on doit en provoquer la sortie par des moyens appropriés ; les fistules ossifluentes ne peuvent être guéries qu'après la disparition des lésions osseuses (voy. ABCÈS PAR CONGESTION, NÉCROSE).

2° Les *fistules des conduits naturels* ont une thérapeutique plus compliquée dont nous nous contenterons d'indiquer rapidement les principaux traits.

Les fistules des conduits aériens se guérissent à la seule condition d'oblitérer leur orifice. La suture, et dans quelques cas où il existe une perte de substance, l'autoplastie, suffisent à remplir cette indication.

Quand il s'agit de fistules des conduits sécrétoires ou du tube intestinal, les chirurgiens doivent avoir recours à d'autres moyens thérapeutiques.

1° On a cherché à tarir la source du liquide : ainsi, dans quelques fistules du conduit de Sténon, la compression de la parotide a pu favoriser la cicatrisation de certains trajets fistuleux.

2° Plus souvent on essaye de détourner le liquide de la voie anormale qu'il a prise. On y parvient :

a. En rétablissant le cours normal du liquide. La dilatation du canal, la cautérisation de la fistule, la suture et l'autoplastie, sont ici nettement indiquées.

b. En créant une voie artificielle aux liquides qui tendent à s'échapper par la fistule. Ainsi, dans certaines fistules du canal de Sténon, on a essayé de perforer la joue et de créer un chemin nouveau au liquide sécrété.

c. En faisant de la fistule et de la cavité voisine un même conduit. C'est ainsi qu'on agit en incisant le rectum et les tissus voisins jusqu'à la fistule, dans les fistules recto-cutanées.

Les fistules sont parfois compliquées de callosités ou de clapiers. Les callosités n'exigent point en général de traitement spécial. Si toutefois elles étaient très-prononcées, on pourrait aider leur résolution par des bains, des topiques émollients ou quelques émissions sanguines locales. Si ces moyens ne suffisent point, on portera le bistouri sur tous les points calleux, afin d'en favoriser la résolution. Les clapiers qui s'accompagnent de décollements doivent être traités par l'incision et l'excision combinées.

Dans quelques cas, les fistules sont remarquables par la multiplicité de leurs embranchements ; il devient alors utile de réunir, par des incisions préalables, ces nombreux trajets fistuleux.

Enfin, et pour terminer ce qui a trait à la thérapeutique générale des fistules, nous dirons qu'il convient souvent d'aider le traitement local par un traitement général approprié. Telle devra être la conduite du chirurgien dans les cas de fistules chez des scrofuleux ou des syphilitiques.

Les indications que nous venons de donner sur la thérapeutique générale des fistules ne pouvaient qu'être très-brèves ; c'est aux articles consacrés aux fistules en particulier que nous ajouterons tous les développements convenables.

CHAPITRE II

DES PRODUCTIONS ORGANISÉES DE FORMATION MORBIDE. — TUMEURS. PSEUDOPLASMES.

Il est assez difficile de donner aux lésions qui font le sujet de ce chapitre un nom qui exprime exactement leur nature ; aussi les mots qui servent à les désigner ont-ils fréquemment varié. Les tissus morbides qui envahissent les organes ou se développent au milieu d'eux ont souvent été appelés *productions accidentelles* ; mais nous ferons remarquer que ces mots laissent dans l'esprit l'idée de toutes les productions solides, liquides ou gazeuses, organisées ou non, qui peuvent accidentellement se montrer dans l'économie. Personne ne voudrait cependant placer ici les calculs urinaires à côté des tumeurs cancéreuses. L'expression de *lésions organiques* est employée par quelques auteurs ; mais elle confond tout, car elle peut s'appliquer aux désordres les plus variés. On décrira mieux les maladies dont nous aurons à parler ici sous le titre de : *Productions organisées de formation morbide*. L'organisation plus ou moins complexe de ces formations nouvelles en fait le caractère essentiel ; mais il importe d'ajouter qu'elles sont de nature morbide : c'est ce qui les sépare des régénérations de tissus. On peut très-bien se servir ici du mot *tumeurs* ; il traduit un symptôme très-général et a l'incontestable avantage d'abrégé le discours. En effet, si quelques tissus morbides peuvent infiltrer les organes sains et ne point donner lieu à une tuméfaction limitée, c'est là une exception. D'ailleurs, il n'y a plus à craindre que l'on confonde aujourd'hui, sous le nom de tumeurs, les lésions les plus dissemblables, et qu'à l'exemple de Plenck, on en trouve cent douze espèces. Les mots *pseudoplasme* (de ψεύδος, faux, et πλάσμα, formation), et *néoplasme*, introduits récemment dans le langage médical par quelques pathologistes allemands, expriment très-bien la nature de ces lésions, et nous ne craignons pas de nous servir souvent de ces dénominations dans les articles qui vont suivre.

HISTORIQUE. — Il ne faut pas remonter très-haut dans l'histoire de la chirurgie pour trouver les premiers travaux recommandables publiés en France sur les tumeurs, car ils datent de l'époque où Bayle, Laennec, Dupuytren, imprimèrent à l'anatomie pathologique une si vive impul-

sion. On rencontre bien dans quelques recherches antérieures des remarques intéressantes, mais il y a loin de là aux travaux des hommes que nous avons cités, et qui ont assis l'histoire des tumeurs sur des observations importantes.

La littérature chirurgicale étrangère n'a pas sur ce point devancé la nôtre, et nous ne trouvons guère à citer, pour cette époque, que les livres de Meckel et d'Abernethy.

Ce fut là une première période marquée par des travaux descriptifs qui ont surtout servi à classer les principaux groupes de tumeurs. On fit pour ces tissus morbides ce que Bichat, quelques années auparavant, venait de faire pour les tissus normaux. Mais quand on eut décrit à l'œil nu et avec un soin minutieux ces pseudoplasmes, on dut chercher à aller plus loin ; il fallait d'autres caractères que ceux fournis par le scalpel, et les esprits étaient disposés à accepter des procédés d'exploration qui fissent pénétrer plus avant dans la structure des tumeurs.

L'époque où l'histoire des tumeurs entra dans cette nouvelle voie est celle qu'on illustre les travaux de Schleiden et de Schwann sur la théorie cellulaire. L'origine, le développement et la métamorphose des cellules végétales et animales étaient alors le sujet de recherches nombreuses et intéressantes. Schleiden venait de reconnaître que tous les organismes végétaux naissent de cellules, sont constitués par cellules, et propagent l'espèce par des formations cellulaires. Schwann s'empressait de vérifier sur les tissus animaux les idées de son compatriote, et Jos. Müller appliquait à l'étude des tissus morbides le microscope, qui révélait déjà tant de choses curieuses. Le livre de Müller : *Ueber den feineren Bau der Geschwülste* (Sur la structure intime des tumeurs, Berlin, 1838), marque une ère nouvelle dans l'histoire anatomique de ces productions ; ce fut le point de départ d'une foule de travaux très-recommandables, et quoique la théorie cellulaire qui les a inspirés soit fortement ébranlée aujourd'hui, on ne peut oublier l'influence heureuse que ces nouvelles études ont eue sur l'anatomie pathologique.

Cette théorie cellulaire, sur laquelle nous reviendrons en parlant du cancer, a joué un trop grand rôle dans la pathologie des tumeurs pour que nous n'en disions pas ici quelques mots.

Elle a pris naissance dans les recherches entreprises avec le microscope pour éclairer la structure des tissus végétaux et animaux, et bientôt les tissus morbides ont semblé soumis aux mêmes lois organogéniques. On a d'abord constaté que tous les tissus à leur période embryonnaire se développent par la formation de cellules, puis on a supposé que ces cellules naissent au milieu d'une gangue amorphe, liquide ou demi-liquide, à laquelle on a donné le nom de *blastème* (βλάστημα, germination).

Une fois arrivée à son entier développement, la cellule doit se composer d'une *paroi cellulaire*, d'un *contenu* liquide ou granuleux, d'un corpuscule qu'on désigne sous le nom de *noyau*, et qui renferme un ou plusieurs corpuscules plus ténus qu'on appelle des *nucléoles*. On a émis l'hypothèse d'une