

crevassé : un membre atteint de cette dermite papillomateuse ressemble à un membre éléphantiasique.

C. DIAGNOSTIC. — Au point de vue du diagnostic, il faut distinguer l'ulcère simple des ulcères syphilitiques, tuberculeux, ou des tumeurs ulcérées. — Les deux dernières éventualités ne se discutent point fréquemment : le lupus ulcéreux et les cancroïdes n'affectent qu'exceptionnellement le membre inférieur.

Au contraire, l'ulcère syphilitique crée de fréquentes occasions d'hésitation. La syphilis tertiaire, sous forme de nappes gommeuses ulcérées, se localise souvent sur les membres inférieurs variqueux. Se révèle-t-elle par des caractères spéciaux ? On a indiqué les suivants : elle produit des ulcères multiples, arrondis quand ils sont isolés, limités par des arcs de cercle quand, par leur confluence, ils couvrent des surfaces étendues ; leurs bords sont décollés, entourés d'une zone de peau à coloration « jambonnée » ; leur fond est jaunâtre et recouvert d'un bourbillon ; leur marche est serpigneuse ; leur siège est quelconque et ils n'ont pas de prédilection pour le tiers inférieur de la face antéro-interne de la jambe. — Broca a discuté ces caractères et montré qu'ils n'étaient point exclusivement réservés aux ulcérations syphilitiques : ni la forme circonscrite des ulcérations, ni la pigmentation brune de la peau ne sont des signes décisifs ; et ils peuvent exister dans les ulcères d'origine éruptive ou traumatique. C'est l'étude des commémoratifs qui doit trancher la question : dans le doute, il ne faut point hésiter à prescrire un traitement antisyphilitique d'épreuve.

D. TRAITEMENT. — Le repos et la compression aident puissamment à guérir les ulcères variqueux. C'est à son action compressive que le pansement de Baynton doit ses succès : des bandelettes de diachylon sont disposées en un bandage imbriqué qui couvre toute la région ulcéreuse. Mais l'application de la bande élastique de caoutchouc, suivant la méthode de Martin, est bien préférable.

Les pansements d'un ulcère doivent être rares. Ils doivent éviter l'emploi de substances, dites kératolytiques, c'est-à-dire capables de contrarier la formation épidermique : tels, l'acide

phénique, l'acide salicylique, le phénosalyl. L'iodoforme est un bon topique parce qu'il permet de retarder le pansement. La solution de sulfate de cuivre au 1/400 se recommande par sa valeur antiseptique et excitatrice de la cicatrisation. L'acide picrique (12 grammes dans un litre d'eau), et l'ichtyol, employé en pommade, ont une réelle action kératogénique, c'est-à-dire stimulante de l'épidermisation. La saillie exubérante des bourgeons doit être réprimée au nitrate d'argent. Les greffes de Thiersch nous donnent des cicatrices résistantes.

ARTICLE III

DES FISTULES

Définition. — Une fistule est caractérisée par un trajet d'origine congénitale ou pathologique, livrant passage à des sécrétions normales ou des produits anormaux d'élimination.

Classification. — Le groupe des *fistules congénitales*, d'une pathogénie toute spéciale, et de sièges constants, mérite d'être étudié à part, à l'occasion de chacune des régions où on les observe : fistules branchiales, fistules ano-coccygiennes, fistules de l'ouraque.

Au contraire, une étude synthétique des *fistules pathologiques* est avantageuse, par la comparaison qu'elle établit entre leurs modes de formation, leurs types anatomiques et leurs conditions de permanence.

Pathogénie. — Dans un premier groupe, un traumatisme ou une lésion inflammatoire ont ouvert un canal ou une cavité qui donne passage à une sécrétion ou à une excrétion normales : ces produits, sécrétés ou excrétés, entretiennent la voie et maintiennent la fistule. Exemples : une plaie ouvre le canal de Warthon ; la salive parotidienne continue à faire issue par cette voie nouvelle qui fistulise. De même, à travers une rupture accidentelle ou pathologique de l'urètre, l'écoulement de l'urine crée un trajet fistuleux. — Autres cas : entre deux cavités un traumatisme ou une destruction patho-

logique établissent une communication : cette voie devint permanente par le passage des sécrétions ; telle la fistule vésico-vaginale qui s'établit après la chute des parties gangrénées par la compression, au cours d'un accouchement laborieux.

Dans un second groupe, la formation de la fistule est due à la présence, dans la profondeur, d'une lésion pyogène ou septique qui, soit par la quantité de pus qu'incessamment elle produit, soit par les réinfections successives qu'elle détermine, met un constant obstacle à la réparation du trajet. — C'est bien pour cette variété que le terme d'*ulcères canaliculés* s'applique justement à la fistule : de même que l'ulcère se caractérise par la permanence d'une surface non cicatrisée, la fistule répond ici à la permanence d'un trajet. En voici des exemples : un fil a été enfoui en plein tissu, en suture perdue ; il donne lieu à un abcès secondaire ; cet abcès s'ouvre et devient fistuleux, parce que le nœud de soie septique fixe, dans la profondeur, l'infection qui ne cessera qu'après son élimination. — Un foyer d'ostéite, un point de nécrose osseuse, une dent ou racine cariée, en alimentant une continuelle suppuration, donnent de même naissance à une fistule, dite ossifluente. — Un abcès de la région ano-rectale s'ouvre à la peau et dans le rectum : de ce dernier, normalement habité par des microbes pathogènes, part incessamment une infection septique qui met obstacle à la désinfection du trajet et partant à sa guérison.

Dans d'autres cas, la suppuration, qui maintient le trajet, ne persiste que parce qu'il reste, dans la profondeur, une cavité dont le comblement est empêché par la rigidité de ses parois et l'impossibilité où elles sont de se porter mutuellement au contact. — Ainsi, après un abcès de la fosse ischio-rectale, une fistule borgne externe, c'est-à-dire ne communiquant pas avec le rectum, persiste parce que, toute la masse cellulaire de la région ayant été détruite, un vide en résulte, qui ne pourra se guérir que si le rectum est porté, après incision, vers les parois osseuses de l'excavation. — De même, une fistule pleurale, consécutive, à une pleurésie suppurée, ne se tarira que si, par la résection des côtes, on permet à la paroi thoracique

de se porter vers le poumon rétracté. — Ainsi, encore, on raccourcit considérablement les détails de cicatrisation d'une fistule osseuse, consécutive à l'évidement d'un os atteint d'ostéomyélite, en mobilisant un panneau osseux qui, porté au contact de la paroi opposée, efface la cavité résultant de l'opération.

Anatomie pathologique. — Une fistule comprend un trajet et des orifices. Il en est qui n'ont qu'un orifice, aboutissant à un cul-de-sac : on les dit *borgnes externes* lorsqu'elles s'ouvrent au dehors, à la peau ; *borgnes internes* lorsqu'elles s'ouvrent au dedans, sur une muqueuse. Dans les fistules en *arrosoir*, en *quépier*, les orifices externes sont multiples.

Le trajet est unique ou multiple : il est généralement sinueux dans les fistules pathologiques, avec des diverticules et des irrégularités qui correspondent aux décollements inflammatoires. Au contraire, une fistule vésico-vaginale est un trou plus qu'un trajet ; et une fistule d'origine congénitale est un canal simple, régulier, sans points granuleux, bien revêtu d'épithélium.

Quand une fistule pathologique a été constituée, son trajet subit les phases évolutives des tissus inflammatoires : d'abord, il est recouvert de bourgeons charnus, susceptibles d'entrer en coalescence et d'effacer le canal par une réunion secondaire de ses parois. Plus tard, ces dernières subissent une transformation scléreuse progressive, aboutissant à la formation d'un tissu conjonctif dense, sec, d'un blanc mat, résistant au scalpel. Dans certaines fistules urinaires, cette néoformation fibreuse prend un degré élevé et le périnée s'épaissit de masses conjonctives dures. Ces formations scléreuses, ces callosités pour parler comme les anciens, contribuent, en augmentant la rigidité du trajet, à perpétuer les lésions. A cette condition s'ajoute l'épidermisation progressive du canal qui en prépare la pérennité : dans le cas de certaines fistules à trajet très bref on peut voir les bords cutanés se souder aux lèvres de l'ouverture muqueuse ; ces fistules labiformes de Roser, « *lappenformiger* », sont très rebelles à la guérison. — Enfin dans quelques cas, sur ces vieux trajets, sièges d'irritation chro-

nique, le cancer s'abat, et la transformation néoplasique se révèle par le mauvais aspect des bourgeons charnus et par la fétidité de la sécrétion.

Symptômes et diagnostic. — La symptomatologie des fistules dépend de leur variété; et le tableau varie suivant la cause ou le siège. Reconnaître une fistule n'est point toujours aisé : il est des orifices externes qui se cachent dans un pli cutané ou sous une croûte, des orifices internes qui s'abritent dans un pli de muqueuse. Le trajet doit être exploré avec un stylet mousse et souple, qui en apprécie la profondeur, les parcours secondaires, l'orifice interne. Quand ce dernier est introuvable, on injecte dans le trajet un liquide coloré qui le révèle, lait ou permanganate de potasse. L'examen chimique, microbiologique ou anatomo-pathologique des produits excrétés complète le diagnostic.

Traitement. — Il doit être causal et supprimer, toutes les fois que c'est possible, la lésion originelle : on gratte un foyer d'ostéite, on supprime un point de nécrose, on enlève une dent cariée, on va à la recherche d'une suture profonde infectée, et le trajet symptomatique se tarit. — De même, par la résection costale, on guérit une suppuration pleurale fistuleuse; par l'incision du rectum, sur toute la hauteur d'un trajet, on permet la cicatrisation d'une fistule anale. — A cela se joint le nettoyage du trajet, à la curette qui enlève jusqu'au tissu sain les bourgeons infectés et crée des surfaces avivées, propres à la réunion; dans quelques cas, le même effet est obtenu plus simplement par des injections irritantes ou modificatrices poussées dans le trajet. Pour les fistules munies d'un trajet épidermisé, comme les fistules congénitales, ou épaissi de callosités, il faut procéder à l'ablation. Quand une fistule dérive le cours d'une sécrétion naturelle, il faut tâcher de rétablir la voie normale ou bien obturer, de façon stable, la voie pathologique.

CHAPITRE III

LÉSIONS TRAUMATIQUES

ARTICLE PREMIER

DU TRAUMATISME EN GÉNÉRAL

1^o DÉFINITIONS. — Sous le nom de *lésions traumatiques* ou *traumatismes*, on entend les désordres produits accidentellement, d'une manière instantanée, par des agents mécaniques, dont l'action vulnérante est supérieure à la résistance des tissus qu'ils rencontrent. — On dit qu'il y a *contusion* quand les tissus lésés sont recouverts par les téguments, plus ou moins altérés, mais n'offrant pas de solution de continuité. On donne le nom de *plaie* à une solution de continuité apparente.

2^o ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE. — En dépit de leur infinie variété, les agents vulnérants n'opèrent que suivant deux modes simples : la pression et la traction. — La pression, quand elle s'exerce à un faible degré ou par une large surface d'appui, refoule et tasse les éléments anatomiques, puis les meurtrit, enfin les écrase. Quand elle s'exerce par une saillie aiguë, et avec une intensité grande, la pression aboutit à la section. Il faut tenir un très grand compte de la direction de l'agent vulnérant : telle force, agissant obliquement ou tangentiellement, produira, au lieu d'une division nette, un décollement et une meurtrissure sous-cutanée. La traction a pour résultat anatomique d'allonger au delà de leur extensibilité les éléments anatomiques, de les rompre ou de les arracher.

3^o CONDITIONS ANATOMIQUES GÉNÉRALES. — Une considération générale est dominante au point de vue du pronostic et du