

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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> CONDITIONS ANATOMIQUES GÉNÉRALES. — Une considération générale est dominante au point de vue du pronostic et du



traitement des lésions traumatiques. Un agent vulnérant frappe nos tissus : au point d'application directe et maxima de cette violence, la vie est éteinte, la destruction des éléments anatomiques complète. Autour de ce point mort, zone d'ombre de notre schéma, est une zone de pénombre où la vie n'est point supprimée, mais où les éléments sont mis en des conditions de moindre résistance et vivent d'une vie précaire que peut compromettre la moindre infection, c'est autour de la *zone mortifiée*, la *zone stupefiée*. Enfin, au delà, c'est la *zone excentrique* où se retrouvent la vitalité et la résistance normales.

Dans un *foyer traumatique*, on trouve comme lésions immédiates : des éléments anatomiques détruits ou incapables de se réparer, dont la quantité varie suivant l'intensité du trauma ; d'autres éléments qui sont simplement séparés, déplacés de leurs relations normales ou mis au contact avec un milieu différent de leur milieu physiologique : constamment un épanchement sanguin produit par l'ouverture des vaisseaux. Les éléments anatomiques morts, le caillot sanguin lui-même qui est une partie morte, vont nécessiter, pour leur résorption, la mise en œuvre d'un travail d'irritation que nous savons maintenant correspondre à un mode de défense de l'organisme représenté par la phagocytose. Ils constituent, par surcroît, un milieu de culture propice à la prolifération des germes infectieux, si ces germes y pénètrent. De là, l'importance accordée jusqu'à présent à la distinction établie par HUNTER, en : 1° lésions non exposées, couvertes par un tégument intact, c'est-à-dire protégées contre l'infection ; 2° lésions ouvertes, exposées à l'inoculation septique. Certes, la dichotomie classique de HUNTER garde sa valeur de division théorique ; mais, avec l'antisepsie et ses garanties contre l'infection, nous voyons, dans la grande majorité des cas, les traumatismes fermés et ouverts évoluer avec une égale simplicité et suivant un processus de réparation comparable.

## ARTICLE II

## DES PLAIES

Suivant l'étendue plus ou moins considérable du contact entre l'agent vulnérant et les tissus, la division de ces derniers peut être punctiforme, linéaire ou large : d'où la division classique en piqûres, coupures ou plaies contuses. A ce dernier groupe, on annexe les coups de feu, les morsures ou arrachements. — Quand il y a division, solution de continuité simple, on dit qu'il y a *diérèse* ; le mot d'*exérèse* s'applique aux plaies avec perte de substance : en matière de plaies chirurgicales, diérèse devient ainsi synonyme d'incision ; exérèse, d'excision. — Une plaie est *simple* lorsque les bords en sont nets et bien affrontables ; *composée* lorsqu'elle est irrégulière et s'accompagne de sections tendineuses, nerveuses ou vasculaires ; *compliquée*, lorsqu'elle évolue avec des accidents locaux ou généraux. Une plaie est *pénétrante* lorsqu'elle entre dans une cavité naturelle de l'organisme.

## I. — PIQÛRES

Dans les plaies par instruments piquants, la zone de destruction est étroite au maximum. Si l'instrument est de petit calibre, à pointe acérée, il aura pu pénétrer par disjonction des éléments sans division ou lésion destructrice, comme c'est le cas pour les aiguilles, pour nos trocarts fins ; grâce à leur élasticité, les tissus auront repris leur position première : une douleur légère, une gouttelette de sang, marquent à peine la trace de cette fine piqûre qui guérit sous le plus simple appareil d'occlusion antiseptique, par le collodion iodoformé. — Quand l'instrument est plus volumineux il ne pénètre plus seulement par disjonction et tassement, mais par effraction et déchirure. Si la pointe est nette, la plaie est régulière comme la coupe de l'arme : les sections rectilignes du sabre-baïonnette, les plaies