

GANGRÈNE DU DÉCUBITUS

Les ulcères douloureux et dangereux produits par le décubitus se présentent bien plus facilement chez certaines personnes que chez d'autres.

Causes.

Leur cause directe, c'est une pression trop longtemps prolongée en un même point. Il y a en outre certaines conditions aggravantes : Si le patient est maigre, épuisé par une longue suppuration, la compression sur les os se fait avec une facilité inconnue dans d'autres circonstances. Chez un malade semblable, chaque point ainsi comprimé est tout d'abord le siège d'une inflammation sourde, la peau prend une teinte rouge pourpre, qui devient plus foncée à mesure que l'affection progresse; il se forme ensuite, par mortification, un petit ulcère sur le point qui subit le maximum de compression. A mesure que les processus destructeurs s'accroissent, une eschare apparaît, allant dans la profondeur jusqu'au périoste ou jusqu'aux aponévroses d'enveloppe des muscles, et même ces tissus peuvent disparaître, si la compression ne cesse pas.

Les régions les plus fréquemment visitées par ce genre de gangrène sont le sacrum et les grands trochanters; mais elle peut se trouver à un endroit quelconque du corps, pourvu que la compression soit suffisante.

Elle frappe aussi plus souvent les malades paralysés; ce genre d'affection rend en effet la compression plus constante et plus absolue et en même temps la circulation plus lente.

On la voit aussi chez des personnes affaiblies par quelque maladie grave, chez celles qui sont condamnées au repos absolu par une affection très douloureuse du genou ou de la hanche. Ces patients sont souvent tourmentés par l'incontinence d'urine. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané disparaissent avec une rapidité étonnante, et l'ulcération, qui n'était d'abord qu'un point, s'étend rapidement de manière à découvrir le sacrum tout entier, et à dénuder les trochanters et la crête des os iliaques.

Pronostic.

Quand ces processus gangreneux s'ajoutent à une maladie quelconque préexistante, ils peu-

vent causer la mort, aussi doit-on chercher à les prévenir avec le soin le plus scrupuleux.

Traitement de la gangrène du décubitus.

La compression, source principale du décubitus, est difficile à supprimer, et cependant c'est vers ce but que doivent tendre autant que possible les efforts du médecin, dût-il même aggraver par là une autre maladie coexistante.

Un des meilleurs moyens prophylactiques, c'est de changer fréquemment la position du malade, de manière à soulager pendant quelque temps les points comprimés. On est presque sûr de prévenir le décubitus, quand ce changement peut être définitif.

Avant que la peau soit écorchée, on peut la couvrir d'une peau de daim enduite d'emplâtre savonneux, ou avec des cataplasmes émollients; ceux-ci d'ailleurs sont peu efficaces, et leur application est difficile.

On se sert aussi de coussins annulaires en toile de coton remplis de crin, de ouate ou de laine, de dimension telle que la pression porte en dehors de la région malade; ces coussins doivent être mis en place avec beaucoup de soin.

On est surpris en voyant avec quelle rapidité ces plaies gangreneuses se combent, une fois la pression entièrement supprimée. La gangrène semble ici n'avoir aucune trace de la puissance d'envahissement spéciale à la pourriture d'hôpital; la lésion est purement traumatique. Une fois la peau blessée, rien ne vaut le traitement indiqué plus haut, malgré les petits inconvénients qu'il peut occasionner, vu la situation des régions le plus souvent atteintes. On pourra placer un cataplasme sur le vide d'un coussin annulaire et on aura ainsi, pour supporter le poids du corps à l'endroit ulcéré, un soutien aussi tendre que possible.

On se sert aussi de coussins annulaires en caoutchouc, de coussins à air (1) (fig. 766, 767 et 768), qui sont à mon avis inférieurs aux coussins plus simples décrits plus haut. Il

(1) Parfois recommande l'emploi d'une vessie de bœuf, en partie remplie d'air et placée sur la région malade.

est à peine nécessaire de dire que ces derniers ne doivent servir qu'une fois.

Les matelas et coussins hydrostatiques de

Hooper, que César Hawkins (1) fit connaître par un rapport favorable, sont disposés de manière à se placer sur une couchette quelconque sans

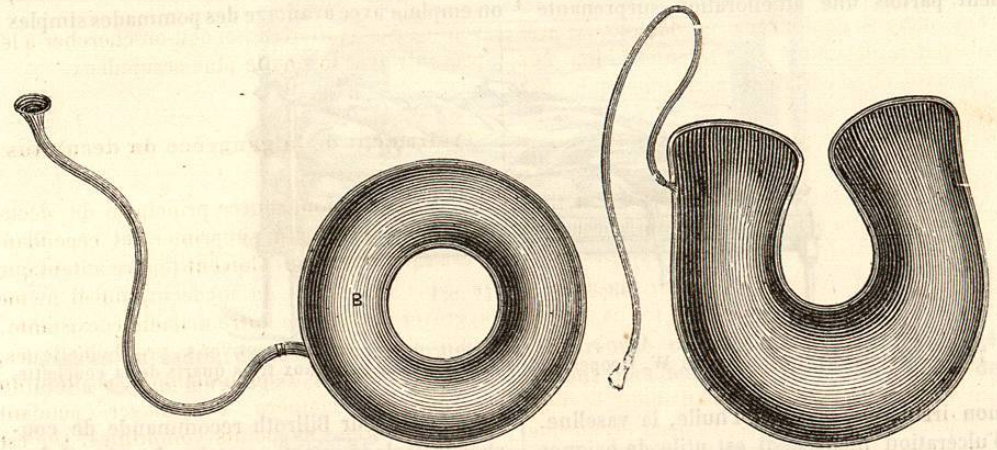


Fig. 766. — Coussin circulaire pour la tête.

Fig. 767. — Coussin en fer à cheval pour le bassin.

avoir besoin de cadre. Ils peuvent contenir de l'air ou de l'eau à toute température. Leur enveloppe, faite d'une feuille de caoutchouc vulcanisée, est capitonnée. Elle possède ainsi une élasticité uniforme suffisante pour céder à l'impulsion du liquide comprimé; il faut que lorsque la masse fluide est soumise à une pression,

celle-ci se communique également dans toutes les directions. Les proportions différentes que l'on peut donner aux matelas de cette sorte se prêtent à toutes les variétés d'applications locales ou générales, exigées par les diverses circonstances. Le demi-matelas (fig. 769) peut servir de coussin et se placer suivant les indi-

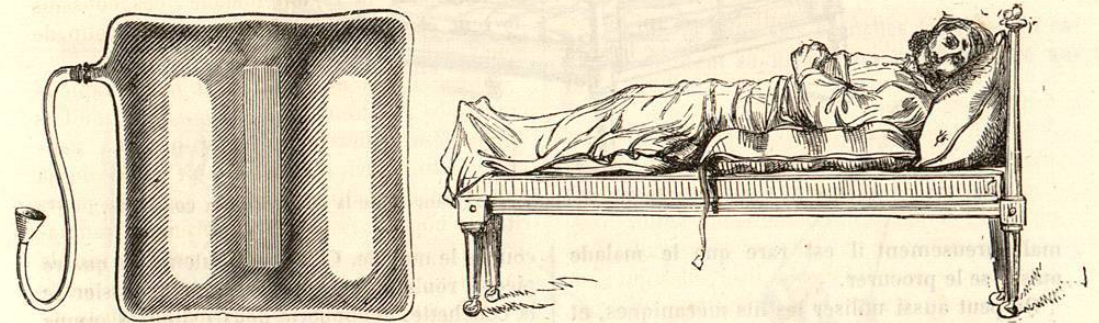


Fig. 768. — Coussin pour le dos.

Fig. 769. — Matelas hydrostatique de W. Hooper. Demi-matelas servant de coussin.

cations, soit sous la tête, le dos, le siège, soit sous les membres inférieurs. Celui qui a une longueur égale aux trois quarts de la longueur du lit est destiné à supporter la tête, le tronc et le bassin seulement (fig. 770) ou bien les parties inférieures. Enfin le matelas entier (fig. 771) recouvre comme un matelas ordinaire toute la surface de la couchette sur laquelle il est étendu.

Avant de placer le malade sur le lit, on intro-

duit dans la cavité du matelas assez d'eau pour que sa paroi supérieure s'élève de deux pouces environ. Si une quantité d'eau plus considérable est jugée nécessaire après que l'appareil a été placé sous le malade, on la fait arriver au moyen d'un tube de communication qui sert d'entonnoir, et qu'on maintient relevé pendant que le liquide est versé. L'eau n'a pas besoin

(1) Hawkins, *The Lancet*, 1846.

d'être renouvelée, sauf le cas où il est indiqué d'en régulariser la température (1).

Ces diverses mesures n'annulent pas le précepte du changement fréquent de position ; on obtient parfois une amélioration surprenante

simplement en tournant le patient sur son lit tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, chaque heure, ne fût-ce que pour quelques instants.

Quand on ne peut éviter le contact de l'urine, on emploie avec avantage des pommades simples

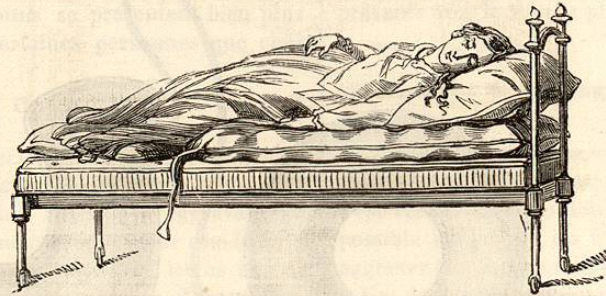


Fig. 770. — Matelas hydrostatique de W. Hooper, ayant une longueur égale aux trois quarts de la couchette.

et non irritantes, le cérat, l'huile, la vaseline. Si l'ulcération menace, il est utile de baigner la région en danger avec de l'eau aiguisée de vinaigre ou de jus de citron, ce qui neutralise l'alcalinité des exsudats.

Le professeur Billroth recommande de coucher le malade sur un matelas de crin ; il faut reconnaître que ce genre de matelas est préférable à la plupart des autres. Cependant, ce qu'il y a de mieux, c'est le matelas à eau d'Arnott ;



Fig. 771. — Matelas hydrostatique de W. Hooper, recouvrant toute la surface de la couchette.

malheureusement il est rare que le malade puisse se le procurer.

On peut aussi utiliser les lits mécaniques, et en particulier l'appareil Gellé qui consiste en un châssis (fig. 772 et 773) formé de quatre pièces ou barres de bois mobiles ; trois d'entre elles sont assemblées à charnières, de manière à pouvoir se replier les unes sur les autres, et dès lors occuper fort peu de place ; quant à la quatrième barre, elle est entièrement libre de s'unir à volonté aux trois autres à l'aide de mortaises et de tenons. De cet assemblage résulte un parallélogramme allongé qui entoure le lit où est

couché le malade. Ce cadre, soutenu par quatre pieds à roulette, est plus élevé que le dossier de la couchette, et supporte deux cylindres munis chacun d'un treuil, et dont les deux bouts s'appuient sur les barres formant les côtés du cadre qui sont parallèles à l'axe longitudinal du lit. Ces deux cylindres, ou plutôt ces deux treuils mis en mouvement à l'aide de manivelles, servent à soulever le malade, soit pour lui permettre de satisfaire à certains besoins, soit pour le mettre au bain, refaire son lit ou même le transporter d'une place à une autre.

Le lit de M. Gros (1) se compose d'un cadre

(1) Voyez Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*. Paris, 1876, t. I, p. 480.

(1) Gros, *Bull. de thérapeutique*, 1855, t. XLIX, p. 237.

en bois de la dimension d'un lit ordinaire. A l'extrémité supérieure, il y a un chevet articulé sur tourillons ; quatre sangles terminées par une courroie à boucle sont fixées aux branches

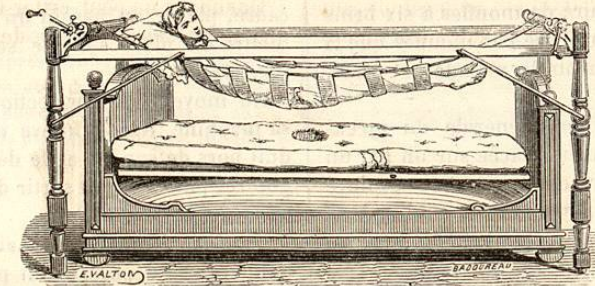


Fig. 772. — Lit Gellé.

latérales du cadre, disposition qui permet d'élever à volonté les sangles et le cadre. A chaque extrémité opposée de ces branches latérales sont fixés les deux bouts d'une corde dont la

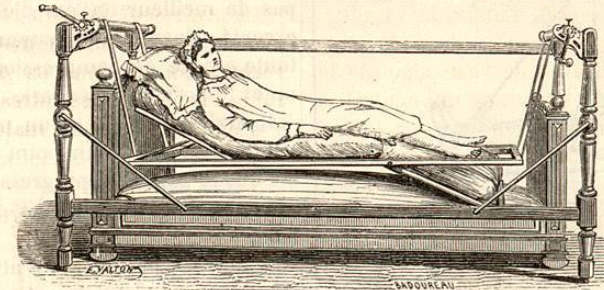


Fig. 773. — Lit Gellé.

laxité est calculée. Un cordeau est fixé aux deux extrémités de la partie supérieure du chevet. Ce cordeau et ceux des branches latérales du cadre viennent se fixer à un crochet placé au-

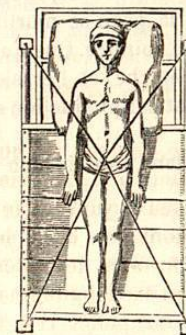


Fig. 774. — Lit Gros, le malade est posé sur l'appareil vu de plan ; le cadre est placé sur le lit garni du drap de dessous.

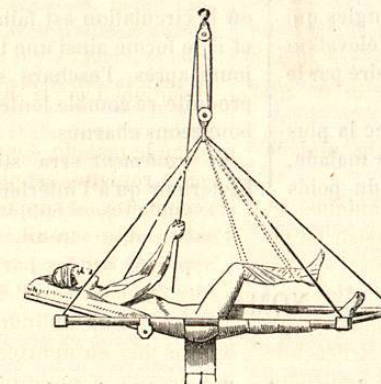


Fig. 775. — Lit Gros. Le malade vu la jambe levée.



Fig. 776. — Lit Gros. Le malade vu assis.

dessous d'une moufle (fig. 774). Sur une des branches latérales du cadre, se trouve un crochet destiné à soutenir le malade à une certaine élévation, pour permettre les pansements ;

c'est à ce crochet que vient se fixer par une boucle la corde qui passe sur la moufle. Un support quelconque étant joint à une certaine hauteur reçoit une paire de moufles à six brins (fig. 775). C'est au moyen de ces moufles que la force destinée à mouvoir le malade est transmise et multipliée.

Telle est la disposition générale du mécanisme. Cette machine est placée sur un lit; un malade reposant sur elle peut être soulevé horizontalement, ramené plus ou moins dans la position verticale, être incliné sur l'un ou

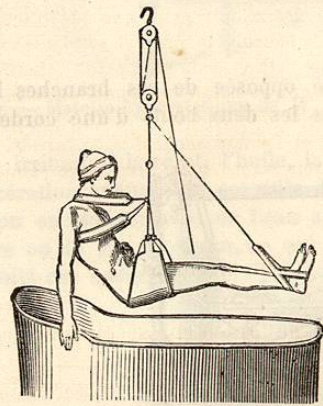


Fig. 777. — Lit Gros. Le malade est muni de l'appareil destiné à le descendre dans le bain.

l'autre côté; au moyen du chevet, il peut être placé dans la position assise. Les membres supérieurs ou inférieurs peuvent être soulevés en totalité ou isolément au moyen de sangles qui s'adaptent au crochet des moufles; l'élévation des membres est obtenue au degré désiré par le chirurgien.

Une seule personne peut obtenir avec la plus grande facilité, sans secousse pour le malade, une force équivalente au sixième du poids

du malade, ce qui suffit pour le soutenir.

Un malade jouissant de l'usage de ses membres supérieurs peut se soulever seul, fixer le cadre, placer au besoin un bassin sous lui, se mettre en place sans le secours de personne (fig. 776).

Au moyen d'un perfectionnement apporté à sa machine, Gros soulève un malade, le conduit hors de son lit, et le dépose dans une baignoire; puis il le fait sortir du bain et le reporte dans son lit (fig. 777).

On a aussi employé le bain permanent à une température dépassant un peu 38°, et on a eu de bons succès; le corps est suspendu dans l'eau par des sangles laissant libre la région de la plaie.

La principale objection à faire à ce traitement, c'est sa complication; mais il n'en existe pas de meilleur en cas d'ulcères gangreneux, excepté cependant la suppression absolue de toute espèce de compression, chose généralement impossible à réaliser.

Il arrive souvent qu'un ulcère de décubitus tend à se guérir en un point de sa surface, tandis que la gangrène progresse en un autre. Cela provient des changements de position du malade.

Je ne veux pas oublier d'attirer l'attention sur les soi-disant *décubitus chez les aliénés*, qui se distinguent de ceux que nous venons de décrire par la rapidité de leur production; en outre ils apparaissent en des régions qui ne sont pas soumises à une compression durable. Au début, on voit sur la peau une zone arrondie, rouge, où la circulation est faible; la peau se mortifie et il se forme ainsi une tache noirâtre. Quelques jours après, l'eschare se détache et l'érosion produite se comble lentement par production de bourgeons charnus.

Le traitement sera stimulant, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur.

NOMA

Cette forme de gangrène se voit chez les enfants seulement.

On dit que cette maladie se distingue par la présence de corps bactéroïdes, se mouvant rapidement dans le sang et les autres liquides de l'économie. Ces organismes doivent avoir des caractères spéciaux et contenir un virus infectieux.

Dans un cas observé par le Dr Samson, on put distinguer un grand nombre de corps de petite dimension, fortement réfringents, doués d'un mouvement rapide; on aurait cru voir des cristaux microscopiques et incolores. Leur progression se faisait en ligne droite, quelquefois contre le courant sanguin. On vit distinctement deux ou trois de ces corps fixés à une hématie l'entraîner avec eux. Leur nombre varia beaucoup à diverses époques. Leur dimension était égale

au 1/20^e d'une hématie environ. Peu de temps avant la mort, on vit des bactéries communes surgir à côté de ces corps transparents. Les globules rouges varièrent aussi beaucoup de grandeur. Des corps tout semblables à ceux que contenait le sang se trouvaient dans l'urine immédiatement après son expulsion, et les fèces en renfermaient en abondance. Il y en avait aussi beaucoup dans le pus de la plaie, mêlés aux organismes habituels de la putréfaction. Avec le sang

du malade, on inocula une souris et un cobaye à l'abdomen; il s'ensuivit une inflammation intense dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale, puis une péritonite. Les corps transparents en question furent aussi constatés en grand nombre dans le sang de ces animaux. Cependant il faut absolument de plus nombreuses observations pour prouver la constance de ces corps microscopiques dans le noma.

NOMA DE LA BOUCHE.

Dans la règle, le noma frappe la bouche et débute sur les lèvres ou sur la muqueuse qui recouvre intérieurement la joue. On le nomme aussi *cancer aqueux de la bouche*.

Symptômes.

On voit d'abord se produire une phlyctène sous l'influence, semble-t-il, de quelque virus agissant sur cette région très vasculaire.

J'en ai vu pour ma part quelques cas seulement et je reproduirai ici une description détaillée d'un cas observé par Sir James Paget, qui illustre bien la marche fatale de cette affection :

Edouard F., 5 ans et demi, enfant très maigre, entra à l'hôpital le 25 janvier 1862. A la Noël précédente, il avait eu, disait-on, une fièvre typhoïde, sans présenter cependant ni éruption, ni angine, ni diarrhée. Pendant cette maladie il était dans une prostration grave et tout à fait sourd. Il ne se remit pas complètement, et, il y a trois semaines, perdit l'appétit, prit un air malade, sans avoir d'ailleurs aucune difficulté à manger ou à avaler. Il y a 7 jours, sa mère aperçut un peu de sang sur ses lèvres et dans sa bouche; la joue était enflée; elle regarda dans la bouche, et aperçut, dit-elle, « un abcès dentaire du côté de la joue, en suppuration. » L'enfant ne se plaignait pas, et continuait à se nourrir d'une façon satisfaisante. La tuméfaction augmenta rapidement pendant cette semaine, et hier seulement une tache noire apparut sur la joue. Un médecin prescrivit des applications chaudes sur la joue et un collutoire pour la bouche. Le sommeil a été mauvais pendant toute la semaine, et l'enfant a eu sans cesse du délire.

25 janvier. L'enfant est couché sur le côté droit, sa respiration est rapide; il est de mauvaise humeur. Les yeux sont entourés d'un cercle noirâtre et la figure est tordue par suite d'une énorme tuméfaction occupant la joue gauche et une partie de la lèvre. L'angle externe de la bouche, la moitié des lèvres et une partie de la joue, à gauche, sont occupés par une eschare noirâtre circonscrite par une ligne bien définie, et paraissant suppurer à divers points de sa péri-

phérie. La peau avoisinante est dure et douloureuse au toucher; l'ulcération répand une odeur fétide. A l'intérieur de la bouche, on aperçoit aussi une eschare noire de même nature, mais plus petite que celle de l'extérieur, et qui ne paraît pas comprendre les gencives. Ces symptômes continuèrent à s'aggraver progressivement, et l'enfant mourut le 28 janvier, après midi, après avoir refusé toute nourriture pendant la journée.

Traitement.

Il n'y a pas de traitement spécifique pour le noma.

La maladie ne frappe que les sujets anémiques, spécialement quand l'anémie est la conséquence d'une nourriture mauvaise et insuffisante. Elle ne se présente sans doute que dans la demeure du pauvre, dans des conditions hygiéniques très défectueuses. Ce sont ces dernières qu'il faut modifier tout d'abord; le bon air, un régime convenable, voilà les premiers remèdes. Les toniques, le quinquina, le fer, sont utiles, mais il faut avant tout conseiller le régime lacté, avec du consommé de bœuf et des stimulants.

Localement, les meilleures applications sont celles de solution de chlorate de potasse; on enlève les eschares avec précaution.

La mort est la terminaison ordinaire, et quelques soins que l'on donne, on n'arrive pas toujours à prévenir l'extension de la gangrène aux os de la face.

Mon expérience me porte à croire, avec M. Holmes (1), que l'essentiel dans le traitement du noma, c'est une cautérisation hâtive et profonde avec l'acide nitrique, ou mieux encore, en certains cas, avec le nitrate acide de mercure. L'iodoforme constitue un bon pansement consécutif.

(1) Holmes, *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, trad. par Larcher. Paris, 1870, p. 596.