

IV

ULCÈRES

On appelle *ulcère* une perte de substance des téguments à surface fongueuse ou suppurante et sans tendance à la cicatrisation.

Il n'est pas toujours facile de dire quand commence l'ulcère et quand finit la plaie, et, pour J.-L. Petit, lorsqu'une plaie ne se réparait pas en vingt ou trente jours, elle prenait le nom d'ulcère. Il y a là quelque exagération, mais nous devons reconnaître que la *persistance* de la solution de continuité est l'élément capital de la définition, et nous ne prétendons pas, avec les anciens pathologistes, que pour qu'il y ait ulcère le processus destructeur doit être *spontané*. Entre le classique ulcère, né au membre inférieur sans cause appréciable, et la perte de substance qui succède à un traumatisme et dure des mois et des années sans guérir, où donc est la différence clinique?

Les ulcères ont été connus et décrits de tout temps, mais à la fin du siècle dernier leur étude a fait un grand pas, surtout en Angleterre avec les travaux de Benjamin Bell, d'Underwood et de Baynton; en France, Roux, Ph. Boyer, Richerand, les auteurs du *Compendium* s'en sont occupés, et cette question a été souvent traitée dans les concours d'agrégation; les thèses de Rigaud et de Sappey en font foi. Plus récemment, la pathogénie en a été vivement éclairée, d'abord par les recherches de Verneuil, puis par celles de Quénu, Schreider et Auguste Broca.

Division et étiologie. — Benjamin Bell, le premier, a divisé les ulcères en *locaux* et en *diathésiques*. Les ulcères diathésiques ne nous occuperont pas ici; on doit les étudier avec les maladies dont ils sont une des manifestations: le cancer, la syphilis, la scrofule, le diabète, le scorbut ou la morve, pour ne citer que les plus fréquentes. Les ulcères locaux renferment eux-mêmes deux groupes: les ulcères *symptomatiques* provoqués par une lésion de voisinage, une ostéite profonde, une arthrite, un corps étranger retenu dans les tissus, et les ulcères *simples* que les auteurs du *Compendium* définissent: ceux qui ne sont ni symptomatiques, ni diathésiques.

Ces ulcères simples, les seuls que nous étudierons, ont pour siège habituel le membre inférieur et particulièrement la jambe. La circulation y est, en effet, plus difficile, puisque le sang doit lutter contre la pesanteur. Aussi, d'après Gerdy, les gens de haute stature sont-ils plus souvent atteints. De même ceux dont le métier exige l'immobilité dans la station verticale, laquais, cuisiniers, scieurs de long, serruriers, imprimeurs, forgerons. La plupart du temps, ainsi que l'a montré Pouteau et que l'ont confirmé Richerand, Philippe Boyer, Parent-Duchâtelet et Blandin, c'est le membre gauche qui est frappé. Pouteau y voyait l'influence de la compression de l'S iliaque sur la veine qui se dilate; des varices récurrentes se forment, l'œdème apparaît et les ulcères se creusent. Richerand invoquait la faiblesse congénitale du membre gauche, et Boyer l'habitude qu'ont les ouvriers de porter en avant, pour agrandir leur base de sustentation, la jambe gauche, de ce fait plus exposée aux violences extérieures.

Les ulcères sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, adonnées, du reste, à des travaux moins pénibles. C'est de trente à cinquante ans qu'ils apparaissent de préférence et surtout chez les arthritiques: l'importance pathogénique des varices est telle que les ulcères simples sont souvent appelés ulcères variqueux. Ce n'est point sur les membres parcourus par de grosses veines saillantes, ampullaires, par des varices « en tête de Méduse », que se développent plus spécialement les ulcères. Verneuil a montré que les varices profondes, d'une part, et, d'autre part, les phlébectasies superficielles ténues, sont aussi dangereuses, plus dangereuses même, d'après l'opinion de Le Fort. N'est-il pas de toute évidence que les altérations des petits vaisseaux retentissent directement sur la nutrition des éléments anatomiques? Cette question est obscure et l'on ne saurait encore dire pourquoi et comment certaines varices amènent plutôt que d'autres l'apparition des ulcères.

Schreider insiste sur l'influence de la *dégénérescence athéromateuse des artères* qui vient s'ajouter aux lésions veineuses; d'après lui, tous les malades atteints d'ulcères ont les artères malades; la palpation des vaisseaux superficiels à sang rouge, l'auscultation du cœur, l'examen attentif des tracés sphigmographiques, ont prouvé des altérations indiscutables dans toutes ses observations. N'a-t-on pas signalé des cas de gangrène sénile coexistant avec des ulcères de

jambe? N'a-t-on pas vu la gangrène des lambeaux survenir à la suite d'amputations nécessitées par ces mêmes ulcères? D'après Quénu, — et nous-même avons publié avec Gombaud un fait qui prête un appui sérieux à cette opinion, — il faut invoquer encore des lésions nerveuses : les ulcères seraient analogues au mal perforant, aux pertes de substances qui se développent sur les tissus dont les nerfs ont été altérés. Quénu, après avoir établi que les ulcères simples sont les compagnons habituels des varices superficielles ou profondes, ajoute : Au bout d'une période plus ou moins longue, les veines des nerfs finissent par subir la dégénérescence commune ; elles se dilatent, deviennent variqueuses. Les varices des nerfs s'accompagnent d'une périphlébite qui provoquera elle-même une névrite interstitielle chronique.

Les ulcères *trophiques* méritent d'être signalés ; des pertes de substance torpides, sans tendance à la cicatrisation, ont été recon- nues à la suite de lésions des nerfs, contusions, sections incomplètes, névrites diffuses, scléroses de l'axe cérébro-spinal. Nepveu et nous avons insisté sur les ulcères des membres inférieurs consécutifs à la paralysie atrophique de l'enfance ; les téguments mal nourris sont alors le siège de pertes de substance dont l'atonie est caractéristique. Aussi, lorsqu'on pose un appareil sur ces membres, faut-il multiplier les précautions pour éviter les eschares.

Auguste Broca envisage les phénomènes de plus haut : « Une même maladie constitutionnelle, l'arthritisme, préside à la fois aux lésions artérielles et aux lésions veineuses », peut-être même aux lésions nerveuses qui pourraient être primitives ou secondaires. « D'artères à veines, de veines à nerfs, il y a échange réciproque de mauvais procédés, et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes des lieux de moindre résistance, à y rendre les tissus infirmes, pour employer une expression de Besnier. » Que la moindre cause occasionnelle survienne, et l'ulcère s'établira.

Un traumatisme insignifiant, une inflammation légère, un petit abcès variqueux, une phlébite suppurée et ouverte, une dermatose, ecchyma, eczéma, gomme syphilitique, suffira pour créer la première perte de substance, la solution de continuité qui, grâce à la nutrition insuffisante du membre, dégénérera en ulcère. Ajoutons, et Broca insiste sur ce point, que l'arthritisme qui a présidé aux altérations originelles des artères, des veines et des nerfs, préside

encore à l'apparition de l'eczéma, et si celui-ci s'abat sur la jambe, c'est que les varices en ont fait « un lieu de moindre résistance ».

En résumé, toutes les fois qu'une cause quelconque, locale ou générale, affaiblit la résistance des tissus par une nutrition viciée, les éléments anatomiques sont à la merci du moindre traumatisme, de la plus légère inflammation ; il n'en faut pas plus pour les tuer et les éléments voisins ne possèdent pas une vitalité suffisante pour réparer la perte de substance. L'arthritisme, par les altérations qu'il provoque dans les artères, les veines, les nerfs, la peau, prédispose au processus ulcéreux dont les causes s'enchevêtrent alors à tel point qu'il est difficile de décider laquelle a donné le branle ou joué le rôle prépondérant. L'insignifiance des causes occasionnelles est d'autant plus grande que les tissus sont plus altérés : une égratignure, le frottement d'un vêtement, l'impression du froid, un écart de régime, c'en est assez pour déterminer l'apparition de l'ulcère.

Anatomie pathologique. — Les ulcères de la jambe sont à peu près les seuls dont on ait étudié la texture. A leur niveau, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et le périoste se confondent en une couche homogène, d'un gris translucide, formée d'éléments embryonnaires parcourus par des fibres conjonctives rares, de substance amorphe abondante et d'anses vasculaires dont la rupture provoque des dépôts sanguins qui piquent de points rouges les tissus lardacés. Au-dessous est l'os, souvent atteint par les diverses formes de l'ostéopériostite. Rarement destructive, l'inflammation, presque toujours, détermine une augmentation de volume ; la diaphyse est alors légère, spongieuse, recouverte d'ostéophytes ; dans des cas peu communs, son tissu est dur, éburné, le canal médullaire oblitéré ou rétréci.

Dans la jeunesse, lorsque les épiphyses ne sont pas encore soudées, l'os peut s'accroître en longueur et l'emporter sur son congénère de 2 à 3 centimètres ; les ostéophytes sont abondants, une véritable diathèse osseuse peut se manifester, qui se traduit par l'ossification des aponévroses, des ligaments, des gaines vasculaires et nerveuses, enfin, de tout le tissu fibreux de la jambe. Nous avons publié des cas qui mettent ces points en évidence. Enfin, 6 fois sur 6 observations, Quénu a trouvé des altérations nerveuses « variant d'une

simple dilatation variqueuse des vaisseaux du nerf avec hyperplasie peu considérable du tissu conjonctif périfasciculaire, jusqu'à un étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intrafasciculaire, avec formation, dans l'épaisseur du cordon nerveux, d'un tissu caverneux véritable. »

Symptômes. — On assiste rarement au début de l'ulcère; parfois un traumatisme léger, une excoriation, la rupture d'une varice, un furoncle, un anthrax, une éruption d'eczéma, la fonte d'une gomme précèdent son apparition; parfois, sur la peau, où existent déjà des troubles de la sensibilité, une bulle, une phlyctène remplie d'un liquide limpide ou trouble se crève qui laisse à nu les papilles du derme; un prurit incommode, une ^{inflammation} démangeaison insupportable se fait sentir, le malade se gratte, enlève l'épiderme, et c'est le premier stade de la perte de substance; parfois enfin, une véritable plaie, d'abord bourgeonnante, voit se suspendre le processus réparateur; la couche granuleuse devient chaude, douloureuse, la peau environnante est ^{luisante} luisante, de petites eschares se forment et agrandissent la solution de continuité, comme découpée par des anses et des presqu'îles.

Lorsque l'ulcère est constitué, ses lèvres, pour peu qu'elles s'enflamment, sont boursoufflées, déjetées en dehors et la profondeur de la perte de substance en est augmentée. Le plus souvent, les bords sont taillés à pic, rarement décollés; ils surplombent un fond saignant, grisâtre, anfractueux, avec des saillies ecchymotiques et des dépressions remplies d'une matière pultacée ou diphtéroïde; cette surface est, tantôt aride et sèche, tantôt baignée d'une substance ichoreuse, sanguinolente, putride, d'odeur nauséabonde. Les os sont élargis, parsemés de saillies, de véritables exostoses qui ont été prises pour des lésions syphilitiques. Autour de l'ulcère, on constate un épaississement de l'épiderme, une incurvation et une déformation des ongles, une pigmentation du membre et une hypertrophie des poils. Enfin il existe, sur le pourtour de la perte de substance, des troubles de la thermo-sensibilité et de la sensibilité générale qui « ne se correspondent pas toujours, et il peut y avoir hyperesthésie à la piqure avec anesthésie au chaud et au froid ».

La peau qui limite l'ulcère est épaissie, sa trame sclérosée a étouffé les glandes sudoripares et l'appareil pilo-sébacé. Aussi sa surface est glabre dans une zone étendue; plus loin, au contraire,

les poils sont hypertrophiés, rien n'est plus variable que la coloration des téguments, modifiés presque toujours par des éruptions eczémateuses; ils sont blancs parfois, mais plutôt bruns, pigmentés, parsemés de taches jaunes, fauves ou rouges; leur adhérence et leur rigidité sont telles que le membre semble enveloppé « d'une gaine de cuir ». Les muscles sous-jacents sont enflammés, dégénérés, infiltrés de granulations graisseuses; les gaines tendineuses se doublent de néomembranes, un exsudat fibrino-séreux les distend; il n'est pas jusqu'aux articulations voisines qui ne soient atteintes; la jointure tibio-tarsienne peut voir sa synoviale indurée, fongueuse; le cartilage diarthrodial se résorbe.

Auguste Broca divise les ulcères en deux variétés : les ulcères variqueux *simples* « dus à la seule alliance des actions extérieures et des troubles nutritifs du membre », et les ulcères variqueux *hybrides* où intervient l'état général du sujet. « Les premiers siègent ordinairement en bas et en dedans, leur forme est plus ou moins elliptique, à grand axe vertical, leurs bords indurés et surélevés se continuent par une pente douce avec un fond gris et sanieux; enfin, ils sont le plus souvent uniques; les ulcères hybrides sont multiples, à bords nets et arrondis, quelquefois accompagnés de cicatrices lisses, régulières, pigmentées, qui ne sont pas localisées à la face inféro-interne de la jambe, caractères dus à ce que la perte de substance a pour origine des éléments éruptifs, eczéma, ecthyma, syphilis tertiaire, lésions initiales qu'on distinguera les unes des autres en trouvant sur le reste du corps d'autres symptômes cutanés dont l'ensemble sera caractéristique. »

Les ulcères évoluent sans douleur et, sauf dans quelques cas, ils ne gênent les malades que par une certaine lourdeur du membre, par des saignements au moindre traumatisme et surtout par un suintement fétide. Ils persistent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; il n'est pas rare de voir, sur les bords, le liséré cicatriciel, dont l'extension rétrécit la perte de substance, s'agrandir et gagner vers le centre lorsque la santé générale s'affermie et que la jambe est maintenue dans le repos horizontal, tandis que ce même liséré se détruit lors d'un embarras gastrique, ou bien si le patient se livre à un exercice plus fatigant. Cependant la réparation totale peut se faire : une cicatrice blanche se forme, lisse, glabre, sèche, intimement unie à l'os sous-jacent et dont la pâleur con-

traste avec la pigmentation de la peau voisine, épaisse, brune ou noire, souvent eczémateuse et recouverte de croûtes et d'amas épidermiques. La guérison spontanée a parfois été le fait d'un érysipèle. Entre autres observations nous pourrions citer celle de Nicholls, qui vit un ulcère, vieux de quinze ans, se cicatriser à la suite d'un érysipèle phlegmoneux.

Complications. — Elles impriment à l'ulcère une évolution ou un aspect particuliers. La perte de substance *s'enflamme* souvent; ses bords deviennent rouges, chauds, douloureux, tuméfiés; ils se décollent; la peau qui les limite est tendue et luisante; son fond est violacé, et ses bourgeons charnus donnent du sang et du pus. Lorsque cet orage se calme, les limites de l'ulcère se sont agrandies. On cite cependant des faits où un phlegmon diffus a débarrassé certains malades d'ulcérations rebelles de la jambe. L'ulcère est *phagédénique* lorsque, au lieu de rester stationnaire, il tend sans cesse à s'accroître. Cet envahissement progressif se fait surtout par *gangrène* et, dans ces cas, l'odeur des liquides exsudés est repoussante. L'ulcère est *fongueux* lorsque sa surface se recouvre de bourgeons exubérants qui n'ont aucune qualité cicatricielle, et qui rappellent les productions des synoviales dans les tumeurs blanches.

L'ulcère est *vermineux* lorsque des insectes y ont déposé leurs œufs et que des larves s'y développent; il est *atone* lorsque son fond est presque lisse, sans bourgeons charnus; pulpeux, grisâtre, lorsque le liséré cicatriciel reste stationnaire; il est *calleux* lorsque les bords de la perte de substance sont exubérants, durs, infiltrés; une prolifération abondante de cellules épithéliales en surélève les lèvres au-dessus du fond recouvert de plaques cicatricielles entre lesquelles s'ouvrent des crevasses d'où s'écoule un liquide ichoreux. Enfin l'ulcère est *irritable* lorsque le moindre contact y réveille des douleurs; la peau avoisinante est toujours hyperesthésiée. Cette variété se rencontre surtout chez les femmes nerveuses. Ajoutons que des traînées de lymphangite prennent souvent naissance autour des ulcères et provoquent les engorgements ganglionnaires inguino-cruraux. La stase lymphatique et l'œdème veineux amènent un épaississement, une hypertrophie qui parfois s'étend à tout le membre, atteint d'une véritable éléphantiasis.

Diagnostic. — L'ulcère n'est point d'un diagnostic difficile, mais il faut distinguer l'ulcère simple des ulcères symptomatiques

et diathésiques. Des premiers nous ne parlerons point : l'examen attentif de la région, l'introduction d'un stylet permettront de reconnaître les lésions osseuses ou articulaires, le corps étranger qui s'oppose à la réparation de la perte de substance. Il est souvent malaisé de remonter aux causes de l'ulcère diathésique : ceux que provoque la *syphilis* et qui résultent de la suppuration d'une gomme des membres sont multiples; on constate des antécédents syphilitiques, des traces d'éruptions anciennes; au besoin, l'efficacité rapide du mercure et de l'iodure établirait le diagnostic. Les mêmes raisons permettront de reconnaître l'*ulcus elevatum tertiaire* décrit par Verneuil.

L'ulcère *scrofuleux* est atone, à bords décollés, bleuâtres; il y a des signes actuels ou anciens de strume. L'ulcère *scorbutique* se caractérise par les taches de purpura, l'état des gencives; l'ulcère *diabétique*, en dehors de son caractère gangréneux, de son apparition fréquente à la suite d'un anthrax, a comme signe pathognomonique la présence du sucre dans l'urine. Nous ne séparons pas, on l'a vu, les ulcères *simples* des ulcères *variqueux* : les varices sont la cause la plus fréquente de l'ulcère simple, mais il peut exister sans elles : dans certaines hyperostoses du tibia, les téguments distendus par l'os, à peine doublés d'une petite quantité de tissu cellulaire, mal nourris, profiteront pour s'ulcérer du plus léger traumatisme; ces cas sont exceptionnels, et l'absence de varices superficielles ne doit pas faire rejeter l'idée d'ulcère variqueux : l'ulcère est souvent sous la dépendance de varices profondes.

Traitement. — Les moyens préconisés pour combattre les ulcères sont innombrables, et nous n'essayerons pas d'énumérer les topiques dont on a vanté l'excellence. Comme le repos, le repos horizontal surtout, suffit dans certaines ulcérations, on peut imaginer par avance les succès faciles qu'obtiendront, lorsqu'on les emploie avec lui, tous les baumes et tous les emplâtres. Parmi tant de remèdes, nous citerons ceux qu'a consacrés une longue expérience.

En premier lieu et quel que soit le traitement, il faut prescrire le repos; la jambe où siège l'ulcère sera mise sur un coussin élevé de façon que le pied soit plus haut que la racine du membre; le sang veineux circulera plus facilement, et l'œdème consécutif

à la stase, l'inflammation, s'il en existe, disparaîtront. Lorsque l'ulcère est détergé, on aura recours au pansement de Baynton, qui mérite la longue vogue dont il jouit : des bandelettes de diachylon ou d'emplâtre de Vigo, imbriquées sur la perte de substance, auront le double effet d'exciter la couche granuleuse et d'exercer une compression méthodique salutaire. Ce procédé, importé d'Angleterre par Roux en 1814 et vulgarisé par Philippe Boyer, est resté classique dans les consultations externes de nos hôpitaux.

Le docteur Martin, du Massachusetts, préfère à toute méthode l'usage d'une bande élastique longue de 5 à 4 mètres et large de 7 à 8 centimètres, que le malade enroule autour du membre le matin « avant toute occupation, avant que les veines se soient distendues sous le poids de la colonne sanguine; on la serre juste assez pour qu'elle ne glisse pas, et ce sera suffisant, car dès que le pied repose sur le sol, la jambe augmente de volume par afflux du sang dans les veines. La bande reste en place toute la journée. Pour l'enrouler, on fait un tour au-dessus des malléoles, puis un tour en étrier sous le pied, et de là on remonte sur la jambe en spirales successives jusqu'au genou; chaque tour recouvre le précédent de 10 à 15 millimètres ». Ce procédé nous a donné de remarquables succès.

Lorsque l'ulcère est atonique, on a recours aux excitants : les grands vésicatoires ont été préconisés; on voulait leur faire jouer le rôle des « érysipèles curateurs ». On a ainsi obtenu des guérisons. En France, on use plutôt des cautérisations au fer rouge, des attouchements avec les solutions acides, le perchlorure de fer, le chlorure de chaux étendu, le nitrate d'argent, l'iodoforme, le sous-carbonate de fer, le sulfate de cuivre. Des anciens onguents, le styrax paraît seul avoir survécu. Lorsque ces moyens ont échoué, une intervention plus énergique est nécessaire, et les incisions circonférencielles ont donné quelques bons résultats. L'ulcère est cerné par une ou deux séries d'incisions curvilignes qui traversent les tissus jusqu'à l'aponévrose ou jusqu'à l'os; on voit, après cette opération, — qui agirait, suivant Quénu, en supprimant l'action des nerfs enflammés, — les bourgeons devenir plus actifs et le liséré cicatriciel gagner le centre de la plaie.

Pour nous, nous ne saurions trop recommander les lotions d'eau

chaude : deux ou trois fois par jour le membre où siège l'ulcère sera plongé dans un bain dont on élèvera progressivement la température jusqu'à ce qu'elle atteigne 50 à 55 degrés, suivant la plus ou moins grande tolérance du malade; dans les régions où les bains locaux sont difficilement applicables, on mettra sur la surface fongueuse des compresses de tartalane imbibées d'eau, toujours à la température de 50 à 55 degrés, et les séances devront durer au moins dix minutes. L'eau chaude employée concurremment avec la bande de Martin nous semble appelée à rendre les plus grands services.

Depuis les recherches de Reverdin on use des greffes épidermiques ou dermo-épidermiques; on pratique même de véritables autoplasties pour guérir les ulcères invétérés. Ces divers procédés ne réussiront que si la surface ulcérée est bourgeonnante; aussi faut-il une période de préparation : la jambe sera mise au repos, dans une position horizontale; on excitera la couche granuleuse par des préparations appropriées. Puis, lorsque la surface sera détergée, rose ou vermeille, on appliquera les ilots épidermiques et les lambeaux de derme, qu'on maintiendra en place par des bandelettes de diachylon. Dans certains cas, on a vu des morceaux de peau, détachés après une amputation et rapportés sur l'ulcère d'un autre individu, se réunir par première intention. Lorsque les circonstances s'y prêtent, on n'aura garde de manquer occasion pareille.

Enfin il est des cas où toute thérapeutique semble inutile. Dès les premiers jours du traitement, l'ulcère se rétrécit, et l'on espère; mais au moindre prétexte, le liséré cicatriciel se fond, et l'on assiste pendant des mois et des années, selon la patience du sujet, à ces alternatives énervantes. L'amputation est alors indiquée; elle l'est surtout chez les sujets jeunes, lorsque l'ulcère a provoqué des ostéopériostites intenses, une ossification de tous les tissus fibreux de la jambe; la peau distendue et mal nourrie ne peut plus se cicatrifier : l'ablation est le seul remède; elle l'est encore lorsque l'ulcère est considérable et qu'il fait le tour du membre, car on ne peut plus espérer une réparation suffisante des tissus; la membrane cicatricielle, si elle parvenait à se former, ne serait ni durable ni solide.