

plaques sphacélées et prépare la mortification. Dans certains cas, cependant, les phénomènes sont moins actifs, mais la cicatrisation de la perte de substance est toujours des plus lentes.

Traitement. — Le traitement, fort précaire le plus souvent, varie selon la variété de gangrène. Lorsque la mortification dépend d'une altération du sang, il faut, autant que possible, s'attaquer tout d'abord à la cause; c'est ainsi que, dans l'ergotisme, on se hâtera de supprimer, de l'alimentation des malades, l'usage des farines empoisonnées par l'ergot de seigle; dans le diabète, une thérapeutique rationnelle abaissera le taux du sucre, et par cela seul les accidents s'apaiseront parfois. On a cité des cas d'ulcères invétérés qui ont été guéris par une saison de Vichy; bien des interventions chirurgicales ont été rendues innocentes chez des diabétiques par une médication alcaline antérieure. Chez les cardiaques et les albuminuriques, le traitement général devra précéder ou accompagner le traitement local de la gangrène. Enfin on n'oubliera pas que l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique a fait presque complètement disparaître les érysipèles bronzés, si fréquents autrefois dans les traumatismes graves, les contusions profondes et les broiements des membres.

Lorsque la gangrène s'est déclarée, il faudrait autant que possible limiter la marche de la mortification; dans les sphacèles de cause traumatique, dans les inflammations des tissus bridés par des aponeuroses, de larges incisions ont parfois réussi à modérer les phénomènes en supprimant l'étranglement des parties. Dans les gangrènes spontanées, la thérapeutique est bien impuissante: on a conseillé jadis le quinquina comme un spécifique, puis l'opium qui, s'il ne supprime pas les contractures artérielles et l'obstacle à la circulation du sang, a du moins le mérite de calmer les douleurs. Les liquides excitants, les fomentations, les frictions avec les herbes aromatiques, l'alcool, tous les baumes, puis l'électricité, les bains d'oxygène, ont été tour à tour préconisés; mais leur efficacité est encore à démontrer. On en sera donc réduit à essayer de modérer par les moyens ordinaires la réaction inflammatoire trop vive qui pourrait accompagner la chute de l'eschare; on désinfectera la plaie avec les antiseptiques et on surveillera la granulation. Les forces du malade devront d'ailleurs être soutenues par une alimentation appropriée à l'état général.

II

DES ULCÈRES.

On appelle *ulcère* une perte de substance 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 bien 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*, car entre l'ulcère classique, né au membre inférieur sans cause bien 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. Dans ces derniers temps, la pathogénie en a été vivement éclairée, d'abord par les recherches de Verneuil, puis par celles de Terrier, 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 voyait là 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, d'ailleurs, 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 depuis longtemps 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 sur la nutrition des éléments anatomiques? Cette question est fort obscure et l'on ne saurait encore dire pourquoi et comment certaines varices amènent plutôt que d'autres l'apparition des ulcères.

Schreider insiste beaucoup 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 sphygmographiques, ont prouvé des altérations indiscutables dans toutes ses observations. N'a-t-on pas signalé d'ailleurs 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 Terrier, — 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 trophiques qui se développent sur les tissus dont les nerfs ont été altérés. Quénu a démontré la dégénérescence des cordons nerveux dans les cas d'ulcères et, après avoir établi que les ulcères simples sont les compagnons habituels des varices superficielles ou profondes, il 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.

Auguste Broca, dans une excellente thèse, 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 M. Besnier. » Aussi que la moindre cause occasionnelle survienne et l'ulcère s'établira.

Un traumatisme même insignifiant, une inflammation légère, un petit abcès variqueux, une phlébite ampullaire ou serpentine suppurée et ouverte, une dermatose, ecthyma, eczéma, gomme syphilitique, suffiront 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 beaucoup 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 ».

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 sub-

stance amorphe en très grande abondance et d'anses vasculaires nombreuses dont la rupture fréquente provoque des dépôts sanguins qui piquent de points rouges les tissus lardacés. Au-dessous est l'os, fréquemment atteint par les diverses formes de l'ostéopériostite. Rarement destructive, l'inflammation détermine le plus souvent une augmentation de volume; la diaphyse est alors légère, spongieuse, recouverte d'ostéophytes; dans des cas très rares, 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 5 centimètres; les ostéophytes sont plus 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 observations qui mettent ces points en évidence. Enfin, six fois sur six 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 intra-fasciculaire, avec formation, dans l'épaisseur du cordon nerveux, d'un véritable tissu caverneux. »

Symptômes. — On n'assiste que rarement au début de l'ulcère; parfois un traumatisme léger, une excoaration, 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, comme l'a vu Terrier, des troubles de la sensibilité, une bulle, une phlyctène remplie d'un liquide limpide ou trouble se creève qui laisse à nu les papilles du derme; un prurit incommode, une 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, de petites eschares se forment et agrandissent la solution de continuité, tantôt régulièrement arrondie, et tantôt 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

ainsi que l'étendue de la perte de substance en semblent très augmentées. Le plus souvent les bords sont taillés à pic, rarement décollés; ils surplombent un fond saignant, grisâtre, anfractueux, avec des saillies rouges et ecchymotiques et des dépressions remplies d'une matière pultacée ou diphthéroïde; cette surface est tantôt aride et sèche, tantôt baignée d'une substance ichoreuse, sanguinolente, putride et d'une odeur nauséabonde. Les os sous-jacents sont élargis, parsemés de saillies souvent volumineuses, de véritables exostoses qui ont été prises parfois pour des lésions syphilitiques. Autour de l'ulcère, on constate un épaississement de l'épiderme, une incurvation et une déformation des ongles, une pigmentation de tout le membre et une hypertrophie des poils. Enfin Terrier a montré qu'il existait, sur le pourtour de la perte de substance, des troubles constants de la thermo-sensibilité et de la sensibilité générale qui, d'ailleurs, « ne se correspondent pas toujours, et il peut y avoir hyperesthésie à la piqûre avec anesthésie au chaud et au froid ».

La peau qui limite l'ulcère est épaissie; sa trame conjonctive sclérosée a étouffé les glandes sudoripares et l'appareil pilo-sébacé. Aussi sa surface est glabre dans une zone assez étendue; plus loin, au contraire, les poils sont souvent hypertrophiés; rien n'est plus variable que la coloration des téguments, modifiés presque toujours par des éruptions eczémateuses; ils sont blancs parfois, mais d'ordinaire 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 néo-membranes; 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 mul-

tiples, 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, ecchyma, syphilis tertiaire, lésions initiales qu'on distinguera généralement 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 sur lesquels nous aurons à revenir, ils ne gênent guère les malades que par une certaine lourdeur du membre, par des saignements au moindre traumatisme et surtout par un suintement ichoreux et fétide. Ils persistent indéfiniment, mais 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 au moindre prétexte, lors d'un embarras gastrique par exemple, ou bien si le patient se livre à un exercice plus fatigant. Cependant la réparation totale peut se faire et on voit se former une cicatrice blanche, lisse, glabre, sèche, intimement unie à l'os sous-jacent et dont la pâleur contraste avec la pigmentation de la peau voisine, épaisse, brune ou noire, très souvent eczémateuse et recouverte de croûtes et d'amas épidermiques. La guérison spontanée a parfois été le fait d'un érysipèle. Entre autres observations de ce genre, nous pourrions citer celle de Nicholls, qui vit un ulcère, vieux de quinze ans, se cicatrifier à la suite d'un érysipèle phlegmoneux.

Complications. — Elles impriment à l'ulcère un aspect ou une évolution particulière. C'est ainsi que 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, turgescents, donnent du sang et du pus. Lorsque cet orage se calme, on constate que les limites de l'ulcère se sont fort agrandies. On cite cependant des faits où un érysipèle, un phlegmon diffus, ont 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 vraiment repoussante. L'ulcère est *fongueux* lorsque sa surface se recouvre de bourgeons charnus exubérants qui n'ont d'ailleurs aucune qualité cicatricielle et qui rappellent les productions des synoviales dans les tumeurs blanches.

L'ulcère *vermineux* est celui dans lequel des insectes ont déposé leurs œufs et où des larves se développent; il est *atone* lorsque son fond est presque lisse, sans bourgeons charnus, pulpeux, grisâtres, 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 dermiques et épithéliales a dû se faire qui surélève les lèvres au-dessus du fond de l'ulcère 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, et peut-être faut-il appliquer à ces ulcères ce que Broca dit des mamelles: ce n'est pas l'ulcère, c'est la femme qui est irritable. Ajoutons que des traînées de lymphangite prennent souvent naissance autour des ulcères et provoquent les engorgements ganglionnaires aigus et chroniques inguino-cruraux. D'ailleurs la stase lymphatique et l'œdème veineux amènent un épaissement, une hypertrophie qui parfois s'étend à tout le membre, atteint d'un véritable éléphantiasis.

Diagnostic. — L'ulcère en lui-même n'est point d'un diagnostic difficile, mais il faut savoir 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 profondes 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 plus souvent multiples; il existe souvent des antécédents syphilitiques, des traces d'éruptions anciennes; l'efficacité rapide du mercure et de l'iode établirait au besoin 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, d'un phlegmon, 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. C'est ainsi que 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 de la moindre excoriation, 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 simples sont presque innombrables, et nous n'essayerons pas d'énumérer les topiques dont on a tour à tour vanté l'excellence. Comme le repos, le repos horizontal surtout, suffit dans certaines ulcérations peu graves pour amener la guérison, on peut imaginer par avance les succès faciles qu'obtiendront, lorsqu'on les emploie avec elle, tous les baumes et tous les emplâtres. Aussi, parmi tant de remèdes, nous citerons seulement ceux qu'a consacrés une longue expérience.

En premier lieu et quel que soit le traitement que l'on emploiera, il faut prescrire le repos au malade; 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 ainsi que l'inflammation, s'il en existe, disparaîtront bien vite. Lorsque l'ulcère est bien 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 des plus salutaires. Ce procédé, importé d'Angleterre par Roux en 1814 et vulgarisé par Philippe Boyer, est resté classique dans les consultations externes de nos hôpitaux.

En Amérique, le Dr Martin, du Massachusetts, préfère à toute méthode l'usage d'une bande élastique longue de trois à quatre

mètres et large de sept à huit 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 dix à quinze millimètres ». Ce procédé nous a donné de très 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 très 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 l'on a obtenu quelques bons résultats par des incisions circonférencielles. L'ulcère est alors cerné par une ou deux séries d'incisions curvilignes qui traversent les tissus jusqu'à l'aponévrose ou jusqu'à l'os; on voit d'ordinaire, après cette opération, — qui agirait efficacement, suivant Quénu, en supprimant l'action des nerfs enflammés, — les bourgeons charnus devenir plus actifs et le liséré cicatriciel gagner le centre de l'ulcère.

Pour nous, nous ne saurions trop recommander les lotions d'eau très 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 tarlatane imbibées d'eau, toujours à la température de 50 à 55 degrés, et les séances devront durer au moins dix minutes à un quart d'heure. 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 parfois 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 manifestement bourgeonnante; aussi faut-il souvent 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 bien détergée, rose ou vermeille, on appliquera les îlots épidermiques et les lambeaux de derme, que l'on maintiendra en place par des bandelettes de diachylon. Dans certains cas, on a vu des morceaux de peau rapidement détachés après une amputation, et rapportés sur l'ulcère d'un autre individu, se réunir par première intention. Lorsque les circonstances s'y prêteront, on n'aura garde de manquer occasion pareille.

Disons enfin qu'il est des cas où toute thérapeutique semble inutile. Dès les premiers jours du traitement, on voit l'ulcère se rétrécir, et l'on espère; mais au moindre prétexte, le liséré cicatriciel se fond, et 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 cicatriser: l'ablation est le seul remède; il 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.

III

DES FISTULES.

On appelle *fistules* des dépressions canaliculées et des conduits anormaux d'origine congénitale ou pathologique.

Depuis les livres hippocratiques, leur étude générale a surtout été faite d'après l'histoire particulière de la fistule à l'anus. Mais à la fin du dix-huitième siècle, les descriptions se précisent avec le traité de

Percival Pott et le mémoire de Marvidez, couronné par l'Académie royale de chirurgie. De nos jours, nous citerons les recherches de Dupuytren, l'article de Marjolin dans le Dictionnaire en trente volumes; puis le travail de Verneuil, publié en 1858, dans les *Archives de médecine*. M. Pozzi nous donne un bon résumé de cette question dans le Dictionnaire de Dechambre.

Classification et étiologie. — Les fistules sont *congénitales* ou *accidentelles*. Quelques fistules *congénitales* pourraient bien être dues à des inflammations ulcéreuses et rentreraient alors dans le cadre des fistules accidentelles; mais ces cas, s'ils existent, doivent être exceptionnels, et c'est par un arrêt de développement que l'on explique les fistules congénitales. Celles du cou, bien étudiées par Dzondi, Duplay et Cusset, ont pour origine la non-coalescence des arcs branchiaux; celles de l'ombilic, une persistance de l'ouraque; les fistules du rectum qui s'ouvrent dans le vagin ou dans la vessie, un défaut dans le cloisonnement du cloaque de la période embryonnaire; les fistules de la région sacro-coccygienne décrites par Heurtaux, Terrillon et Lannelongue, et celles de la région ano-coccygienne vues d'abord par nous, puis par Lannelongue, ont une pathogénie encore douteuse, mais qui doit tenir à quelque vice dans le développement de la colonne vertébrale et de la fente urogénitale.

Les fistules *accidentelles* sont divisées d'ordinaire en deux grandes classes, celles qui se terminent en cul-de-sac au milieu des tissus, et celles qui communiquent avec un conduit naturel ou une cavité. Les premières, les fistules *borgnes*, *non communicantes*, sont *idiopathiques* lorsqu'elles succèdent à des abcès chauds ou froids, et *symptomatiques* lorsqu'elles dépendent d'une affection osseuse, d'un ganglion strumeux, d'un dépôt de tuberculose viscérale ou sous-cutanée, d'un corps étranger quelconque enclavé dans les chairs ou dans le squelette.

Les secondes, les fistules *complètes* ou *communicantes*, forment de beaucoup la classe la plus importante; elles renferment deux catégories: celles qui s'ouvrent dans une cavité *séreuse*, fistules des gaines des tendons, des bourses sous-cutanées accidentelles ou naturelles, les fistules pleurales, péritonéales ou péricardiques, dont Marjolin a cité un cas, — et celles qui pénètrent dans une cavité muqueuse, tantôt au niveau d'un conduit excréteur,