

CHAPITRE III

ULCÉRATIONS ET ULCÈRES

Bibliographie. — BAYNTON, *Descript. account on a. New Method.*, etc., London, 1797. — PH. BOYER, *Rapp. sur le trait. des ulc. au bureau central*, Paris, 1831. — CONTÉ, *Arch. gén. de méd.*, 1843, t. III, 4^e série. — J. AUZILHON, *Introd. à l'étude de l'ulc. simple*, Paris et Montpellier, 1868 (Bibliog.). — MANDEBLAUM (d'Odessa), *Trait. des ulc. de jambe*, in *Berlin. klin. Vochens.*, 1878. — GAY, *Path. de l'ulc. variqueux; Trait. par lig. de la veine*, in *Lancet*, 1878. — *Trait. des ulc.*, in *Bull. de thérap.*, t. LXXXVI, p. 190-359. — COURTY, *Journ. de thérap.*, n^o 11, 1879, p. 401. — CH. HAMON THOMAS, *Bande élast.*, etc., in *Phil. Med. Times*, 1879. — P. RECLUS, *Hyperostose conséc. aux ulc. de jambe. Progrès méd.*, 1879. — CZANERCKI, *Trait. des ulc.*, in *Allg. Med. Cent. Zeits.*, 1880. — FIEBIG (de Samarang), *Trait. in Berl. klin. Wochen.*, 1880. — QUÉNU, *Revue de chir.*, nov. 1882, p. 877. — JOHN HOGDEN, *Encyclop. chir.*, t. II, 1883. Thèses de Paris. — 1837, SAPPEY (agrég.). — 1839, RIGAUD (agrég.). — 1868, FAURE. — 1872, GAUDARD. — 1873, PICARD. — 1874, ANDRÉ. — 1875, LAFAYE. — 1876, GUILLAUMET, SÉJOURNET. — 1877, ARNOL. — 1880, ZARTARIAS. — 1883, SCHREUDER, BOUDET, CHAUSSAT.
Thèse de Montpellier. — 1878, PRAT.
Thèse de Lille. — 1879, FONTAINE.

Définition. — L'ulcère est une solution de continuité qui loin de marcher vers la guérison envahit sans cesse les parties périphériques, et dont la surface, recouverte de bourgeons charnus mollasses, sécrète une matière sanieuse et purulente.

Théories de l'ulcération. — Les anciens chirurgiens attribuaient la formation des ulcères à l'érosion des tissus par une humeur âcre, irritante, destructive. HUNTER, puis SCARPA voyaient dans le travail d'ulcération une véritable absorption des tissus par les lymphatiques et les veines. La plupart des auteurs modernes, FOLLIN, DUPLAY, TERRIER, BILLROTH, CORNIL et RANVIER, regardent l'ulcération comme un phénomène de mortification locale, une véritable désagrégation moléculaire ne différant de la gangrène que par la quantité des éléments détruits. « Le ramollissement qui précède l'ulcération, l'épiderme qui se soulève, la préférence qu'affecte l'ulcère pour les parties affaiblies, l'âge avancé, la faiblesse des sujets, d'autres circonstances encore rendent cette opinion soutenable (VIDAL DE CASSIS). »

Divisions. — Depuis la thèse de RIGAUD, les auteurs, se basant sur les causes qui favorisent l'ulcération, divisent les ulcères en trois groupes :

1^o *Ulcères spécifiques ou diathésiques.* — Dans ce groupe rentrent les ulcères cancéreux, syphilitiques, scorbutiques, scrofuleux, herpétiques, etc.

2^o *Ulcères symptomatiques.* — Nous trouvons ici les ulcères occasionnés par

la présence d'un corps étranger, par une lésion osseuse, par la pratique de certaines professions, etc.

3^o *Ulcères simples* d'origine veineuse ou nerveuse, et *ulcères idiopathiques*, c'est-à-dire dont l'origine est inconnue.

Les ulcères de la première catégorie ne sont pas, à vrai dire, une entité morbide spéciale, mais bien la manifestation d'une affection générale. Ceux qui résultent de la présence d'un corps étranger ou de l'emploi de substances irritantes, se modifient très rapidement dès que l'on supprime la cause qui leur a donné naissance. Ces deux premiers groupes ne sauraient nous occuper ici; restent donc les ulcères simples.

ULCÈRES SIMPLES

Étiologie. — Parmi les nombreuses causes invoquées pour expliquer la production de ces ulcères, mentionnons en première ligne toutes les circonstances qui peuvent débilitier la constitution du sujet : les excès de tout genre, l'âge avancé, les fatigues, les privations. Les professions qui nécessitent la station verticale (serruriers, menuisiers, boulangers, etc.), depuis les statistiques de PARENT-DUCHATELET, ont été incriminées de fournir le plus grand nombre de malades affectés d'ulcères. La raison en est dans la gêne de la circulation qu'occasionne la station verticale, et, par suite, dans le développement des varices consécutives à cette gêne. Les relevés statistiques prouvent encore que les ulcères sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme; ceci n'a rien qui puisse nous surprendre, étant admise l'influence des professions. L'ulcération est plus commune sur le membre inférieur gauche que sur le droit; depuis POUTEAU, une foule de raisons ont été mises en avant pour expliquer ce fait. Les uns ont invoqué la présence de la rate et la faiblesse relative du côté gauche; d'autres, parmi eux POUTEAU, ont accusé la gêne circulatoire produite par la compression de la veine iliaque gauche par l'S iliaque du colon. PARENT-DUCHATELET et BOYER trouvent l'explication de ce phénomène dans le grand nombre de traumatismes subis par le membre gauche, en raison de son impuissance spéciale à se soustraire aux lésions extérieures. Une cause plus sérieuse est la présence de varices sur un membre; les membres variqueux sont souvent atteints d'ulcères. Enfin AUZILHON fait intervenir une diathèse spéciale, une prédisposition particulière due peut-être à une lésion du système nerveux. La diathèse ulcéreuse nous laisse parfaitement incrédules, il n'en n'est pas de même de la lésion des nerfs de la région; depuis que l'on s'est occupé de troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs, nous savons que les ulcérations comptent parmi les phénomènes les plus fréquents; de plus les recherches de MORAT et DUPLAY ont établi l'influence de ces troubles dans l'étiologie du *mal perforant*, il était donc tout naturel de conclure par analogie à l'existence de lésions nerveuses dans la production des ulcères. Cette opinion n'est pas nouvelle, d'après RIGAUD, elle a été émise pour la première fois par SPENDER; TERRIER, en 1876, l'a reprise et faite véritablement sienne. De ses travaux, des recherches de ses élèves, il résulte que l'on observe tout

autour de la plaie des troubles thermiques, des perversions de la sensibilité au contact du froid et du chaud; ces troubles s'étendent parfois assez loin. Ils sont dus, d'après TERRIER, à une altération nerveuse, que CORNIL et RANVIER ont démontré ne pas être rare au voisinage des veines variqueuses.

Nos connaissances sur ce sujet se bornaient donc jusque-là à de simples suppositions, lorsque QUÉNU, en 1882, se livra à une étude plus sérieuse de la question. Sur six cas d'ulcères simples, pris au hasard, il a rencontré six fois des altérations nerveuses, variant depuis la simple dilatation des vaisseaux avec hypertrophie peu considérable du tissu conjonctif péri-fasciculaire, 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. L'altération débute toujours par une névrite purement interstitielle, chronique, ordinairement péri-fasciculaire; la sclérose se manifeste d'abord le long des petites veinules qui lui servent de guide et d'introducteur. Plus tard on observe des phénomènes d'endartérite avec infiltration calcaire des parois et parfois thrombose de branches volumineuses. Ces faits confirment absolument la manière de voir de VERNEUIL et TERRIER.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons: 1° la surface ulcérée; 2° ses bords; 3° les altérations des tissus périphériques.

La plaie formée par l'ulcère ne présente par elle-même aucun caractère particulier; les bourgeons sont tantôt affaissés et atones, tantôt mous et exubérants. Le fond de l'ulcère est riche en cellules embryonnaires petites, perdues au milieu d'une trame de tissu conjonctif. Les bords sont, suivant les cas, élevés, saillants, durs, mous, échancrés, sinueux, festonnés, renversés. La peau est sclérosée; le tissu fibreux hypertrophié a complètement étouffé les annexes de la peau (glandes sudoripares, appareil pilo-sébacé). Les muscles voisins de la lésion sont le siège de myosite interstitielle chronique avec infiltration graisseuse, dégénérescence granulo-graisseuse des faisceaux primitifs. Les gaines synoviales épaissies contiennent dans leur intérieur des brides, des flocons fibrineux, des plaques indurées, trace manifeste d'un travail inflammatoire. Le périoste et les os sont le siège d'altérations très fréquentes, connues depuis longtemps, et qui, dans ces dernières années, ont été l'objet d'un travail consciencieux de la part de RECLUS. Voici les conclusions auxquelles est arrivé cet auteur. « 1° Les ulcères de la jambe peuvent provoquer dans les os sous-jacents les diverses formes d'ostéo-périostite; exceptionnellement destructive, l'inflammation détermine le plus souvent une augmentation de volume, l'os est alors léger, spongieux, recouvert d'ostéophytes; dans des cas très rares, le tissu de la diaphyse est dur, éburné, le canal médullaire oblitéré et rétréci.

« 2° Lorsque les épiphyses ne sont pas soudées, l'os s'accroît en longueur, et l'emporte sur son congénère de 2 à 3 centimètres, les ostéophytes sont plus abondants et une véritable diathèse osseuse peut se manifester: elle se traduit par l'ossification des aponévroses d'enveloppe et de cloisonnement, des ligaments, des gaines vasculaires et nerveuses, en un mot de tous les tissus fibreux de la jambe.

« 3° Du milieu de l'ulcère s'élèvent des exostoses saillantes qui ont été prises pour des lésions syphilitiques.

« 4° Les ostéo-périostites sont une complication grave, elles s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère, compromettent la nutrition du membre et rendent souvent l'amputation nécessaire. »

On a signalé encore parmi les complications un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne, avec engorgement des tissus et développement de fongosités péri-articulaires. La synoviale est épaissie et douloureuse, cette complication spéciale persisterait après la cicatrisation de l'ulcération (Thèse de FONTAINE). Enfin nous avons fréquemment observé sur les cartilages articulaires du voisinage les lésions de l'arthrite sèche avec ulcération. Un certain nombre de ces complications peuvent être rattachées aux lésions des nerfs périphériques.

Mode de développement et symptômes. — Rien n'est plus variable que le début de cette infirmité. Parfois, sans cause connue, un individu débilité voit apparaître sur un de ses membres une plaque rougeâtre, puis l'épiderme se fendille et se gerce; on constate aussi de temps à autre la formation de vésicules remplies d'une sérosité roussâtre, l'épiderme se rompt; plus tard se forme une plaie à bords irréguliers, dont le fond, de couleur, rosée, est parsemé de petites inégalités. Dans d'autres circonstances, l'ulcère succède à une pustule d'ecthyma, à un furoncle, à une plaie ancienne. Ici c'est un abcès qu'il faut incriminer, là, l'ouverture d'une varice. La solution de continuité augmente insensiblement, puis l'induration envahit les parties périphériques. De la plaie s'échappe une sanie purulente; l'abondance de cette sécrétion est plus ou moins grande suivant les soins que le malade prend de sa personne, la fatigue qu'il est obligé de supporter ou les excès auxquels il se livre. L'étendue que peut acquérir l'ulcère est variable, quelques-uns occupent le tiers de la jambe en hauteur et l'enveloppent complètement. L'induration des tissus périphériques fait souvent paraître l'ulcère beaucoup plus considérable qu'il ne l'est en réalité. Aussi n'est-il pas rare, après quelques jours de repos et à la suite d'un régime approprié, de voir la surface de la plaie diminuer sensiblement pendant que l'induration se résout. Cette induration, lorsque la lésion est ancienne, présente un aspect caractéristique; elle se propage à distance, les téguments lisses, rougeâtres, livides par place, fortement tendus sur le tissu cellulaire sous-cutané, font corps avec les parties profondes; le membre semble chaussé d'une gaine de cuir. Le pigment subit par places un développement anormal, l'épiderme est moucheté d'éphélides jaunâtres, ce qui donne à la région un aspect tigré.

Les phénomènes généraux sont d'ordinaire peu marqués; localement le malade accuse des démangeaisons et une sensation spéciale de chaleur et de pesanteur, la température périphérique se montre toujours supérieure de 1° environ à celle du côté opposé.

Variétés. — Suivant les phénomènes prédominants, les ulcères ont reçu des qualificatifs divers.

a. *Ulcères irritables.* — Sous ce nom, on comprend un certain nombre d'ulcères dans lesquels, sans lésions anatomiques appréciables, se montrent des douleurs très intenses avec élancements, fourmillements, picotements; l'hyperesthésie est très vive autour de la petite plaie, le moindre attouchement devient intolérable.

b. *Ulcères inflammatoires.* — Presque toutes les solutions de continuité de

ce genre passent par cette période à leur début; puis, fréquemment, on voit sur des ulcères anciens se développer des poussées inflammatoires, à la suite de frottements répétés ou de fatigues exagérées, un mouvement fébrile léger accompagne d'ordinaire ces poussées.

c. *Ulcères atones.* — Certains ulcères se font remarquer par leur pâleur excessive, leur défaut de plasticité. Les bourgeons sont rares, mollasses, à peine développés. D'après ΑΥΖΙΛΗΟΝ, l'ulcère est alors arrivé à la période d'état, et ce stade se prolonge pendant un temps assez long.

d. *Ulcères fongueux.* — Dans d'autres cas, au contraire, les bourgeons charnus deviennent rougeâtres, saignent à la moindre irritation ou même spontanément; l'ulcère est saillant, rarement douloureux.

e. *Ulcères calleux.* — Lorsque les ulcères sont anciens, surtout chez les individus obligés par leur profession à la station verticale ou à la marche, on observe souvent au pourtour de la plaie, même à son niveau, une induration spéciale qui a reçu le nom de *callosité*. C'est évidemment là, comme le dit BOYER, le résultat d'une inflammation chronique.

f. *Ulcères variqueux.* — Les varices, ainsi que nous l'avons vu, jouent un grand rôle dans l'étiologie de l'ulcère. La moindre plaie, une confusion qui chez un autre sujet seraient insignifiantes, deviennent chez un variqueux la cause de lésions sérieuses; semblables ulcères se rencontrent de préférence sur le trajet de la saphène interne. La présence de cette veine donne à la plaie un aspect spécial, elle dessine une trainée bleuâtre qui tranche au milieu de la teinte rouge pâle de la solution de continuité et constitue une menace incessante. Le travail destructeur en effet peut atteindre ce vaisseau, d'où une hémorragie plus ou moins grave. Cette variété d'ulcère, fort tenace, longue à guérir, se montre très sujette à récidiver.

g. *Ulcères vermineux et gangréneux.* — Chez les sujets négligents, surmenés, on voit souvent les bords de l'ulcère être le point de départ d'une gangrène dont l'étendue varie. Chez les malades qui ne prennent aucun soin de propreté, il n'est même pas rare de trouver des vers à la surface de la plaie.

Diagnostic et pronostic. — L'aspect spécial de la solution de continuité, son mode de développement, sa durée, l'état du membre sur lequel on l'observe, sont autant de signes qui permettront de reconnaître un ulcère. Au point de vue de la santé générale et de la longévité du sujet, l'ulcère ne constitue pas un danger sérieux, c'est une infirmité plutôt qu'une maladie; mais la cicatrisation, la fréquence des récidives sont, pour celui qui en est porteur, une source d'ennuis et de tourments.

Traitement. — La première condition, si l'on veut obtenir la guérison des ulcères, c'est de condamner le malade au repos, puis de mettre le membre dans une position horizontale ou déclive le pied étant plus haut que la racine du membre, de façon à favoriser la circulation en retour. Grâce à ces simples précautions on voit rapidement la plaie se déterger, ses bords s'affaisser, l'inflammation diminuer.

Quant aux topiques à appliquer sur la plaie, tous les onguents et émollients connus ont été successivement recommandés. Durant les premiers jours du

traitement, les émollients peuvent rendre des services, mais leur emploi paraît ensuite plus nuisible qu'utile.

Les onguents seuls ont une action fort douteuse, alliés à la compression méthodique ils peuvent devenir un adjuvant sérieux.

Compression. — Préconisée par PARÉ, DESAULT, BELL, WISEMAN, elle a été surtout instituée comme méthode de traitement en Angleterre par UNDERWOOD (1787) et BAYNTON (1797). Le procédé de BAYNTON, transporté chez nous par ROUX à la suite de son voyage en Angleterre (1811), eut de la peine à être admis et ne devint classique qu'après les travaux de PH. BOYER. Il est maintenant employé journellement dans les hôpitaux, et connu sous le nom de *pansement aux bandelettes*. On coupe des bandelettes de diachylon de 0^m,02 de largeur environ, suffisamment longues pour qu'elles enveloppent le membre, puis on les applique au niveau de la région malade, de façon à former une cuirasse. D'autres chirurgiens, parmi lesquels COURTY, recouvrent la surface ulcérée d'une pommade au précipité rouge ou d'onguent napolitain belladonné, placent par-dessus un taffetas gommé; une bande de caoutchouc est ensuite enroulée autour du membre, depuis les orteils jusqu'au genou. Le malade est condamné au repos et le traitement renouvelé toutes les vingt-quatre heures. La bande de caoutchouc seule, sans interposition d'aucun topique, a fourni de véritables succès à MARTIN (de Boston) et à BRUNS. La compression seule, sans aucun topique, faite à l'aide de l'appareil ouaté a donné de bons résultats; le pansement devant rester en place un certain nombre de jours, il se développe une odeur assez désagréable lorsque l'ulcère sécrète abondamment.

Emploi de l'électricité. — CRUSSEL, le premier, en 1847, appliqua l'action électrolytique des courants au traitement des ulcères. SPENCER WELLS, en 1848, publiait dans le *London Medical Journal*, des succès remarquables en ce genre. Depuis, plusieurs auteurs se sont servis de cette méthode, en particulier ONIMUS en France. ARNOLD, qui a fait de cette étude l'objet de sa thèse inaugurale (1877), arrive aux conclusions suivantes.

a. L'électricité peut avoir une action curative sur les ulcères.

b. La tension du courant efficace est variable suivant les cas.

c. La cicatrisation sous l'influence d'un courant paraît proportionnelle à la durée du passage de ce dernier; la tension peut jusqu'à un certain point suppléer la durée.

d. Le courant centrifuge produit rapidement et plus abondamment des bourgeons charnus, il augmente la suppuration.

e. Les effets de l'électricité sur les ulcères semblent tenir à son action sur la circulation et la nutrition, son action électrolytique paraît n'être qu'une cause accessoire.

f. Dans certaines ulcérations développées sous l'influence des troubles nerveux, il est nécessaire d'employer des courants à forte tension, la durée du courant ne peut suppléer sa tension.

Incision circonferentielle. — GUY, chirurgien de Royal Free Hospital, imagina ce procédé en 1853; il a été employé en France par FAURE (1866), puis surtout par DOLBEAU; NUSSBAUM, en 1874, a publié des résultats intéressants obtenus par cette méthode (*péritomie*).

On fait autour de l'ulcère, à une distance de 2 à 3 centimètres de ses bords, une incision libératrice, uni ou bilatérale, comprenant toute l'épaisseur des téguments jusqu'à l'aponévrose; un pansement aux bandelettes ou au vin aromatique active la guérison. Ce moyen s'adresse surtout aux ulcères anciens dont la cicatrisation est lente, les bords indurés et cartilagineux; il n'est pas absolument innocent, FAURE a vu se développer une phlébite grave.

L'incision devra être faite au thermo-cautère lorsque la chose sera possible.

Traitements divers. — Nous ne rappellerons que pour mémoire l'emploi du plomb laminé (GUY de CHAULIAC, REVEILLÉ-PARISE), de la ventilation (BOUISSON).

« L'iodoforme, dit ROHMER, a une importance pratique considérable dans le traitement des vieux ulcères de jambes. LISTER, dans ce cas, l'employait déjà comme l'antiseptique le plus sûr et le plus puissant. On saupoudre la surface de l'ulcération avec l'iodoforme, ou bien on la recouvre de gaze par-dessus laquelle on place une forte quantité de coton avec des bandes qui fixent le tout. On exerce une assez forte compression. » Depuis 1881, VIDAL, à l'hôpital Saint-Louis, emploie avec avantage le sous-carbonate de fer; ce traitement a donné, dit-on, les meilleurs résultats; la guérison aurait toujours été complète après dix, vingt ou quarante jours au plus tard. L'ulcère est d'abord lavé avec une décoction de feuilles de noyer, puis on étend la poudre; la partie malade est recouverte d'un cataplasme de fécule, une bande roulée maintient le pansement. Cette poudre exercerait une action à la fois excitante et sédative.

On s'est encore servi de sulfure de carbone, de sulfate de cuivre, et PANAS vante beaucoup l'usage de l'eau chlorurée.

CHAPITRE IV

FISTULES

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. II. — NOTTA, *Emploi de la liqueur de Villate dans le trait. des fistules*, Paris, 1869. — Art. FISTULE de DESORMEAUX, in *Dict. de méd. et chir. prat.* — Art. FISTULE de POZZI, in *Dict. encycl. des sciences méd.* — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882. — BERNE, *Pathologie chirurg. génér.*, t. 1^{er}, 1883.

Thèses de Strasbourg. — 1839, LÉCHELLE. — 1858, BONTEMPS. — 1867, MAYER.
Thèses de Paris. — 1872, BAUX. — 1874, SIMBAT. — 1876, RAVACLEY, ROBERT, FRASEY, GAUTHIER. — 1878, GUERLIN. — 1880, FARCY.

Définition. — Sous le nom de fistule, on désigne une variété d'ulcération formant tantôt un simple cul-de-sac, tantôt un canal complet à trajet plus ou moins sinueux, et laissant écouler du pus, de la sérosité ou une humeur quelconque de l'économie.

Étiologie. — D'une façon générale, toutes les conditions qui s'opposent à la

cicatrisation et favorisent la transformation d'une lésion temporaire en lésion permanente sont susceptibles de donner naissance à une fistule; aussi, avec POZZI, diviserons-nous cette affection au point de vue étiologique en deux grandes catégories: 1^o fistules par défaut de cicatrisation; 2^o fistules par cicatrisation anormale.

a. *Fistules par défaut de cicatrisation.* — Elles sont fréquentes; tantôt c'est un corps étranger, une esquille, un séquestre dont la présence entretient un trajet fistuleux (fistules par causes mécaniques). Dans cette catégorie, doivent encore prendre place un certain nombre de fistules entretenues par l'issue d'un liquide normal de l'organisme (ulcération du conduit excréteur d'une glande). Il est un autre mécanisme qui peut, lui aussi, empêcher la cicatrisation, c'est la disposition anatomique de la région. Un abcès se forme dans l'aisselle, au pli de l'aîne, au cou, dans la fosse ischio-rectale, la suppuration détruit complètement le tissu cellulaire de la région; le déplacement incessant des plans,

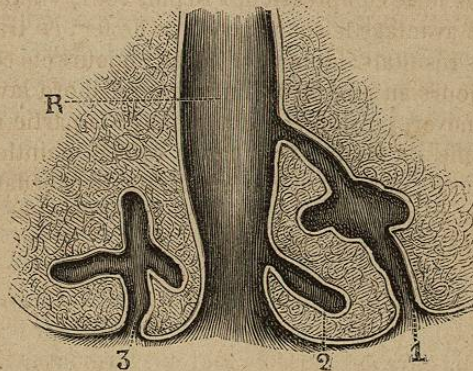


Fig. 1. — Fistules développées autour de l'anus (Schéma).
1. Fistule complète. — 2. Fistule borgne interne. — 3. Fistule borgne externe.

par suite des mouvements physiologiques (cou, aisselle), la fixité des parois de la poche qui ne peuvent se porter à la rencontre l'une de l'autre (fosse ischio-rectale), retardent considérablement la guérison. Voilà les véritables fistules par défaut de cicatrisation.

b. *Fistules par cicatrisation anormale.* — Supposez une plaie ou une ulcération qui ouvre une cavité naturelle et la mette en communication avec l'extérieur ou avec une autre cavité; si, à la suite d'un pareil accident, il y a union dans un cas entre la peau et la muqueuse, dans l'autre entre les muqueuses des deux cavités, il se formera un trajet dont toute l'étendue sera parfaitement organisée, et dans lequel tout travail de réunion deviendra impossible. Tel est le mécanisme le plus ordinaire des fistules urétrales, vésico-vaginales, recto-vésicales et des trajets qui persistent à la suite de plaies des intestins.

En terminant cet exposé, nous devons rappeler l'influence considérable de certaines maladies, syphilis, tuberculose, sur la production des fistules. Tout le monde connaît la funeste prédisposition qu'ont les phthisiques pour les fistules à l'an us.