rants et déformés. 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 ces taches jaunes, fauves ou rouges décrites par Verneuil. L'adhérence et la rigidité des téguments sont telles que le membre semble enveloppé « d'une gaine de cuir ». Les séreuses doublées de néo-membranes ne laissent qu'un jeu limité à leurs tendons. Il n'est pas jusqu'aux articulations voisines qui ne soient atteintes : la jointure tibio-tarsienne peut voir sa synoviale indurée et fongueuse et son cartilage diarthrodial se résorber.

L'ulcère ainsi constitué peut siéger en un point quelconque de la jambe, mais on le trouve le plus souvent dans la moitié inférieure et vers la face interne; son étendue varie de quelques millimètres de diamètre à ces énormes pertes de substance qui dénudent une partie de l'organe; lorsqu'il entoure le membre, formant autour de lui une sorte de bracelet, saignant et fongueux, lorsqu'il est « annulaire » ou « circonférentiel », sa gravité devient extrême, car en pareil cas on ne doit guère compter sur la cicatrisation : cette surface suintante, ichoreuse, sur laquelle peuvent s'abattre tant de complications, nécessite trop souvent une intervention radicale, l'amputation. Heureusement de telles dimensions sont rares; en général, les ulcères sont arrondis, elliptiques, à grand diamètre vertical.

La température au niveau de l'ulcère a été étudiée par Auzilhon (1), qui aurait constaté une élévation de 1/2 degré pendant la période inflammatoire et un abaissement, par rapport au membre du côté opposé, lorsque l'ulcère est à la période d'état. Mais les recherches poursuivies depuis par Schreider n'ont donné que des résultats contradictoires. Il n'en est pas de même des troubles sensitifs étudiés par Terrier (2) et par ses élèves Séjournet (3) et Schreider (4). L'exploration de la surface ulcérée est difficile et ne donne que des renseignements incomplets : quelquefois, dit Terrier, la piqûre ne détermine pas de douleur, tandis que la pression avec le doigt ou la tête d'une épingle éveille une souffrance nette. Autour de la perte de substance, la sensibilité est émoussée ou abolie; quelquefois les perceptions sont retardées et les malades se trompent sur le point de départ de la sensation : une piqûre peut être rapportée à 10 ou 15 centimètres de son siège réel.

Mais si la sensibilité à la douleur est peu troublée ou même ne l'est pas du tout, il n'en est point ainsi pour les sensations thermiques dont les variations sont constantes. Les corps chauds provoquent bien une sensation de brûlure, mais avec un retard dans la perception; les corps froids paraissent chauds dans une zone d'étendue variable autour de l'ulcère. La sensibilité tactile est souvent altérée. « Pour l'explorer, il faut toucher légèrement avec un objet de petit volume et, cela, sans exercer aucune pression, car on réveillerait la sensibilité profonde qui est presque toujours normale ». D'après Terrier, la cicatrice qui succède à la perte de substance est le siège de phénomènes identiques, et l'on observe les mêmes troubles de sensibilité, à un degré moindre, il est vrai. De même, on en a constaté l'existence sur la peau prête à s'entamer : non seulement ils accompagnent le processus ulcératif, mais ils le précèdent et lui survivent.

(1) Auzilhon, *Introduction à l'étude de l'ulcère simple*. Paris et Montpellier, 1868.
(2) Terrier, *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, p. 656.
(3) Séjournet, Thèse de Paris, 1877.
(4) Michel Schreider, *Pathogénie des ulcères iodopathiques de la jambe*. Thèse de Paris, 1883.

L'analyse prouve « que la sensibilité tactile est rarement modifiée, la sensibilité à la douleur l'est déjà plus souvent et la sensibilité thermique plus fréquemment encore. En effet, ces trois ordres de troubles sensitifs représentent les degrés successifs d'altération de la sensibilité : les troubles de la sensibilité thermique constituent le premier et, ceux de la sensibilité tactile, le dernier degré qui traduit une altération profonde des nerfs. Sur un même ulcère, on peut quelquefois observer trois zones dont l'une, centrale, ne dépassant guère le voisinage des bords, a perdu sa sensibilité tactile; une autre placée immédiatement en dehors, mais déjà moins profondément altérée, présente de l'analgésie; enfin une troisième, plus extérieure et plus étendue, n'offre que des troubles de la sensibilité thermique. »

Les ulcères ont une marche irrégulière. En général, ils évoluent sans douleur et ne gênent les malades que par une certaine lourdeur du membre, des saignements au moindre traumatisme et surtout par un suintement ichoreux et fétide. Ils persistent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation : sur les bords, un liséré cicatriciel dont l'extension rétrécit la perte de substance, s'agrandit et gagne vers le centre lorsque la santé générale du sujet s'affermit

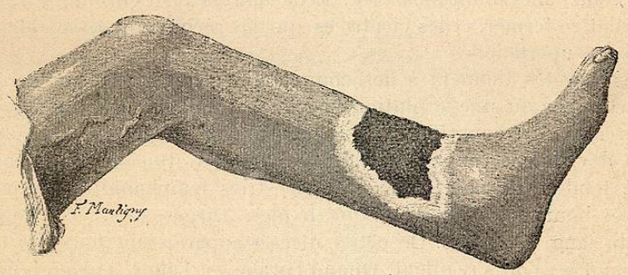

Fig. 15. — Ulcère de la jambe en voie de cicatrisation, et rétréci déjà par la progression du liséré épidermique. La jambe est déformée par une énorme hyperostose.

et que sa jambe est maintenue dans le repos horizontal, tandis que ce même liséré se détruit au moindre prétexte, au plus léger accès de fièvre ou si le patient se livre à un exercice plus fatigant. Cependant la réparation totale peut se faire : il se forme une cicatrice blanche, lisse, glabre, sèche, unie à l'os sous-jacent et dont la pâleur contraste avec la pigmentation de la peau voisine, épaisse, brune ou noire, souvent eczémateuse et recouverte de croûtes et d'amas épidermiques. Parfois la guérison spontanée a été le fait d'un érysipèle et, parmi vingt autres observations, nous citerons celle de Nicholls qui vit un ulcère vieux de quinze ans se cicatriser à la suite d'un érysipèle phlegmoneux.

Variétés et complications. — Les ulcères ont de nombreuses variétés : ceux que nous venons de décrire sont, en définitive, les ulcères variqueux de la jambe que A. Broca subdivise en 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 elliptique, à grand axe vertical; leurs bords indurés et soulevés 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. Ces aspects sont dus à ce que la perte de substance a pour origine les 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 purement *trophiques*, ceux dont la lésion nerveuse originelle n'est ni compliquée ni produite par des dilatations variqueuses des veines et des dégénérescences athéromateuses des artères, ont aussi des caractères spéciaux. Nepveu a décrit ceux qui naissent sur les membres frappés de paralysie infantile : ces ulcérations atteignent aussi bien le pied que la jambe; elles sont en général multiples et débutent souvent par une petite vésicule qui crève en laissant écouler un peu de sérosité sanguinolente; à sa place, on voit une perte de substance circulaire, une exulcération plutôt qu'un ulcère, à bords nets, précis, non décollés, à fond rouge, violacé, peu profond, sans fongosités, presque sans papilles, lisse et régulier. Elles sont indolentes, mais le moindre contact éveille une souffrance vive. Leur marche est chronique; cependant, elles peuvent se fermer, et les cicatrices qui les recouvrent ressemblent à celles des brûlures superficielles.

D'autres variétés tiennent à des complications qui impriment à l'ulcère un aspect particulier ou une évolution spéciale. Ainsi, la perte de substance est parfois *enflammée* : sous l'influence d'un traumatisme, d'un écart de régime, les bords deviennent rouges, chauds, douloureux, tuméfiés; la peau qui les limite est tendue, luisante, parcourue de stries lymphangitiques; le fond est violacé; les bourgeons charnus sont livides, turgescents, ecchymotiques et donnent du sang et du pus. De petits ulcères apparaissent hors des limites du premier, dont les bords reculent. Quand l'orage est calmé, l'ulcère s'est étendu. Cependant cette inflammation a parfois une heureuse influence; elle peut modifier la vitalité des tissus qui se cicatrisent lorsque le processus phlegmasique est tombé; on cite des faits où un érysipèle, un phlegmon diffus a débarrassé d'ulcères rebelles de la jambe.

La *gangrène* est une complication plus rare; elle frappe les ulcères négligés de malheureux affaiblis par la misère ou sous le coup d'une dyscrasie, albuminurie ou diabète; l'inflammation se déclare et mortifie des plaques cutanées que soulève une sécrétion ichoreuse d'odeur nauséabonde; ces lambeaux sphacélés s'éliminent, au milieu de douleurs vives. D'autres fois, la gangrène prend une forme différente : des masses pultacées, des fausses membranes épaisses recouvrent les fongosités; celles-ci se désagrègent pour devenir un putrilage sanguinolent qui creuse l'ulcère et en mine les bords; ils se décollent et reculent. Le *phagédénisme* est une sorte de gangrène : en quelques jours, parfois en quelques heures, l'ulcère gagne de proche en proche; il détruit tous les tissus qu'il rencontre; sa marche est si rapide que les vaisseaux cutanés sont ouverts avant qu'un caillot en ait oblitéré la lumière, et des hémorragies en sont la conséquence.

Dans les vieilles nosographies, on insiste sur les ulcères *atones*, ceux dont le fond est lisse, blafard, pulpeux, grisâtre, sans bourgeons charnus et dont le liséré reste stationnaire; sur les ulcères *calleux* que caractérisent les bords saillants, durs, infiltrés : une prolifération abondante des cellules épithéliales et des

éléments du derme a dû se faire qui surélève les lèvres au-dessus du fond de la perte de substance; celle-ci se tapisse de plaques cicatricielles entre lesquelles s'ouvrent des crevasses d'où s'écoule un liquide incolore; sur les ulcères *vermineux*, ceux dans lesquels des insectes ont déposé leurs œufs et où des larves se développent. Mais ces complications sont devenues rares dans nos villes où la misère et l'incurie sont grandes, mais où l'hospitalisation plus large recueille les malheureux atteints d'ulcères avant que les altérations soient devenues si profondes.

Les ulcères *irritables* se caractérisent par leur hyperesthésie; le moindre frottement, le simple contact y réveille des douleurs vives; la peau avoisinante est le siège d'une sensibilité exquise. On les rencontre chez les femmes impressionnables et nerveuses, et peut-être faut-il appliquer à ces ulcères ce que Broca disait des mamelles : « Ce n'est pas l'ulcère, c'est la femme qui est irritable. » Ajoutons que les ulcères sont appelés *fongueux* lorsque, de leur fond, s'élèvent des bourgeons charnus volumineux, mous et pâles; *hémorragiques* lorsque la surface saigne facilement. Chez tous, quelle qu'en soit la variété, des traînées de lymphangite naissent souvent autour de la perte de substance et provoquent des engorgements ganglionnaires dans la région inguinale et crurale. La stase lymphatique et l'œdème veineux amènent aussi un épaississement, une hypertrophie qui s'étend à tout le membre, atteint d'une véritable éléphantiasis.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ulcère s'impose, et on ne saurait confondre avec aucune autre affection les pertes de substance fongueuses, sans tendance à la cicatrisation et que l'on observe au membre inférieur. Tout au plus la difficulté commence-t-elle lorsqu'on veut établir leur origine et distinguer l'ulcère simple des ulcères symptomatiques. Encore un examen rapide permet-il souvent de déterminer la lésion profonde dont les ulcères *symptomatiques* traduisent l'existence : l'exploration avec le stylet révélera un séquestre adhérent ou mobile, une carie, un corps étranger qui s'oppose à la réparation des tissus et entretient la suppuration; aussi bien que les foyers osseux nécrosés, on saura reconnaître les altérations articulaires de la tumeur blanche.

Les ulcères *diathésiques* réclament parfois des recherches minutieuses : cependant ceux que provoque la syphilis, et qui résultent de la fonte des gommes ont des caractères particuliers : ils sont multiples, profonds, à bords taillés à pic; leur fond jaunâtre est dû à une substance dont l'aspect bourbillonneux est caractéristique; la peau et le tissu cellulaire, les muscles sont entamés. En d'autres points du corps, des signes non douteux de vérole viennent ajouter leur attestation. L'application d'un traitement approprié, des lotions au sublimé corrosif, des emplâtres de Vigo, l'iodure de potassium à dose quotidienne de 5 à 8 grammes, et au besoin les frictions mercurielles, prouveront l'origine syphilitique de l'ulcère par la détersion rapide de sa surface et sa prompte guérison.

Les ulcères *scrofuleux* ou *tuberculeux* ont aussi leur aspect particulier; ils sont atones, mal bourgeonnants, à bords décollés et bleuâtres; presque toujours ils coexistent avec quelque lésion actuelle ou ancienne, stigmate irrécusable de la strume. Les ulcères *scorbutiques* se caractérisent par des taches de purpura, les hémorragies, l'état des gencives. En dehors de leur caractère gangréneux et de leur apparition à la suite d'un phlegmon ou d'un anthrax, ceux dont le *diabète* est la cause ont, comme signe pathognomonique, la pré-

sence du sucre dans l'urine. Nous pourrions signaler certains ulcères *professionnels*, mais leur description sera mieux à sa place lors de l'étude des maladies de la peau.

Une confusion est possible : on sait que la surface bourgeonnante de l'ulcère est parfois soulevée par des saillies osseuses, de véritables exostoses de forme et de volume variables. Nous en avons montré des exemples dans notre description anatomo-pathologique. Or Verneuil [1] a signalé des lésions syphilitiques bizarres qu'il a nommées *ulcus elevatum tertiaire*. Comme nos exostoses l'*ulcus elevatum* apparaît sur les ulcères de la jambe; comme elles, il est recouvert d'une surface bourgeonnante, mais il s'en distingue « en ce que le mal débute par des ulcérations de petite étendue dont quelques-unes se ferment et dont les autres se réunissent en plaies plus ou moins larges. Le fond de la solution de continuité s'élargit, végète; alors prend naissance une tumeur indolente à surface recouverte de bourgeons d'assez bonne apparence, à base adhérente aux parties sous-jacentes, ferme, élastique, mais non point de consistance osseuse ». Ce caractère, joint à l'action du traitement spécifique, suffira pour établir le diagnostic.

Nous avons vu que nos ulcères « simples », catégorie disparate et arbitraire, comprennent les ulcères variqueux simples, les ulcères variqueux hybrides, les ulcères trophiques proprement dits, ceux qui apparaissent sur les cicatrices étendues et compliquent les cals vicieux des fractures de jambe mal consolidées : on devra distinguer chacune de ces variétés, car le traitement n'est pas identique pour tous et le pronostic diffère quelque peu. L'absence ou la présence de dilatations veineuses, l'intégrité des artères ou leur dégénérescence athéromatheuse, l'exploration de la sensibilité et l'état des nerfs qu'elle révèle, l'examen minutieux des tissus, l'aspect même de la perte de substance seront autant d'indications pour guider dans ce diagnostic.

Traitement. — S'il est vrai que l'ulcère simple est le plus souvent un produit de la diathèse arthritique, il paraîtrait raisonnable de s'adresser d'abord à l'état général. Mais lorsqu'on songe d'autre part que, pour amener la perte de substance, celui-ci a dû provoquer de graves lésions, des varices, de la sclérose des cordons nerveux, de l'athérome des artères, on doute de l'efficacité des médicaments; de fait, l'opium conseillé par Fayrer [2], la térébenthine, l'iodure de potassium à la dose de 3 à 6 grammes n'ont donné de résultats qu'à leurs promoteurs. A cette heure, on laisse de côté ce genre de thérapeutique, et nous n'avons plus recours qu'au traitement local.

Une des premières indications est le repos du membre et le repos de l'ulcère. Le repos du membre ne s'obtient qu'au lit, avec le décubitus horizontal. Gerdy insiste pour que la jambe malade soit plus haute que le tronc et soulevée par des coussins ou par un mode de suspension quelconque. Le sang artériel arrive plus difficilement jusqu'au pied, le sang veineux regagne plus facilement le cœur; on évite la stase si fréquente dans les réseaux vasculaires altérés, et l'œdème qui en est la conséquence. Lorsque la perte de substance est limitée, lorsque la nutrition des tissus n'est pas trop compromise, le repos du membre et son élévation suffisent pour amener la guérison. Mais il faut éviter d'irriter

(1) Verneuil, Sur l'*ulcus elevatum* tertiaire. In *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 31, 1877.
(2) Fayrer, *Med. Times and Gaz.*, 1867.

la perte de substance et, pour ne pas troubler l'organisation de la membrane granuleuse, « on ne déshabillera pas trop souvent l'ulcère », comme disait Ambroise Paré.

Les applications locales varieront suivant la variété de l'ulcère, ses complications et son étendue. Lorsque les malades arrivent à l'hôpital, la perte de substance est presque toujours enflammée : le repos et l'élévation du membre sont déjà efficaces pour combattre cette phlogose, mais la marmite de Championnière et ses pulvérisations phéniquées rendent alors les plus grands services : Gilles de la Tourette [1] a insisté sur leur heureuse influence et, pour notre part, dans notre service, nous commençons par elles le traitement des ulcères de jambe : l'inflammation tombe, la surface se déterge, les sécrétions fétides s'arrêtent, les bords s'affaissent, les substances concrétées sur la peau avoisinante se détachent et la perte de substance est plus apte à bénéficier des applications qu'on peut faire à sa surface.

Celles-ci dépendent de la vitalité de la membrane granuleuse : lorsque les bourgeons sont rares, mous, blafards, lorsque l'ulcère est « atonique », il faut l'exciter par des pansements appropriés; l'ancienne pharmacopée se servait de drogues, l'onguent styrax, par exemple, qui n'étaient pas sans valeur: le baume du Commandeur, l'essence de térébenthine ont eu leurs partisans. Mais, à cette heure, lorsque l'ulcère est petit, à surface peu anfractueuse, c'est au nitrate d'argent qu'on a le plus souvent recours; si, au contraire, il est étendu, anfractueux, à couche lardacée épaisse, la lame rougie du thermocautère légèment appliquée sur les points les plus saillants a la plus heureuse influence : une eschare superficielle se forme, qui tombe au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et montre, au-dessous, une membrane plus vivante. Ces cautérisations devront être répétées plusieurs fois.

Lorsque l'ulcère est recouvert de masses fongueuses exubérantes, on peut recourir au thermocautère pour détruire les bourgeons blafards qui n'ont aucune tendance à l'organisation. Le sulfate de cuivre et l'acide chromique, le permanganate de potasse, le tartrate ferrico-potassique donneraient alors d'excellents résultats. 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 la température jusqu'à ce qu'elle atteigne 50 et 55 degrés, suivant la 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 et 55 degrés; les séances devront durer de dix minutes à un quart d'heure.

Ces lotions chaudes modifient la surface de l'ulcère; il prend une coloration rosée et son liséré cicatriciel s'accroît. Lorsque le branle est donné à l'épidermisation, nous insistons sur la compression. Autrefois, pour la pratiquer, on avait recours au pansement de Baynton : des bandelettes de diachylon ou d'emplâtre de Vigo sont imbriquées sur la perte de substance; elles ont la double fonction d'exciter la couche granuleuse et d'exercer une compression méthodique. Ce procédé, importé d'Angleterre par Roux en 1814 et vulgarisé par Philippe Boyer, est classique dans les consultations de nos hôpitaux. Mais il perd du terrain, car les cautérisations, l'eau chaude, le sulfate de cuivre, le

(1) Gilles de la Tourette, *De la guérison des grands ulcères de jambe par les pulvérisations phéniquées*. In *Revue de chirurgie*, p. 568, 1886.

permanganate de potasse sont de meilleurs excitants et nous avons des moyens plus sûrs pour exercer la compression.

En effet, le docteur Henry-A. Martin [1] (du Massachusetts) a proposé la bande élastique; il la prend longue de 3 à 4 mètres et large de 75 millimètres. « A l'une des extrémités, on fixe quelques centimètres d'un épais tissu de fil et à celui-ci sont cousues deux fortes attaches de 45 centimètres de longueur. Son mode d'application est simple : le malade doit la mettre le matin, avant toute occupation, avant que les veines de la jambe se soient distendues sous le poids de la colonne sanguine qui les remplit. Il vaut mieux l'appliquer au lit en la serrant juste assez pour qu'elle ne glisse pas. Dès que le pied repose sur le sol, la jambe augmente de volume, par afflux du sang dans les veines, de façon qu'elle se trouve suffisamment serrée par la bande; celle-ci reste en place toute la journée, quel que soit le genre d'exercice ou de travaux du malade. Pour entourer la jambe, 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 ou au-dessus, chaque tour couvrant le précédent de 15 à 20 millimètres.

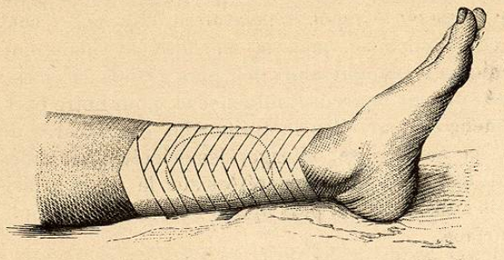

Fig. 16. — Application méthodique de bandelettes compressives à la surface d'un ulcère indiqué par une ellipse pointillée.

« Le soir, quand le malade se déshabille, il enlève la bande et essuie sa jambe; il place sur l'ulcère un pansement qu'il fixe par quelques tours de bande ordinaire. La bande en caoutchouc est lavée et mise à sécher pour le lendemain.... Le traitement consiste donc à porter toute la journée la bande aussi longtemps qu'on marche ou qu'on se tient debout. Quand on l'enlève, le soir, on la trouve saturée d'humidité; la plaie a donc été dans un bain humide, chaud et absolument à l'abri de l'air, ce qui représente les meilleures conditions possibles pour favoriser le développement des bourgeons charnus et la cicatrisation. En outre, une compression égale, modérée et soutenue a resserré les vaisseaux distendus ou affaiblis et prévient ainsi la turgescence veineuse, cause si fréquente de la nutrition mauvaise de la peau. »

Nous avons eu souvent recours à cette méthode et nous la trouvons excellente; nous la complétons matin et soir par un bain ou des lotions d'eau à 50 degrés. Elle a sur tous les autres traitements l'avantage de ne pas interrompre la vie sociale et ne nécessite pas le repos au lit. Mais nos ouvriers ne peuvent pas toujours exécuter ces manœuvres; aussi, dans quelques cas, lorsque l'ulcère est détergé, appliquons-nous à sa surface une couche d'une pommade qui, pour 40 grammes de vaseline, contient 5 grammes d'acide borique, d'antipyrine ou de salol et 1 gramme d'iodoforme; je la maintiens par quelques tampons de ouate hydrophile et, au-dessus, je pose un bandage silicaté qu'on refait tous les quinze jours. Comme avec la bande de Martin, les malades peuvent marcher.

Ces méthodes si simples dispensent d'entrer dans la description d'autres médi-

[1] Martin, *Transactions of the American medical association*, t. XXVIII, p. 589, 1877.

cations qui ont eu une vogue éphémère: l'électricité préconisée par Spencer Wells, Onimus et Arnold [1], mais qui n'a plus de partisans; la cicatrisation sous-crustacée de Bouisson qui semble délaissée; les incisions circonférentielles de Dolbeau où 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 charnus devenir plus actifs. Mais cette méthode est brutale et l'on obtient de meilleurs résultats à moins de frais. Enfin nous avons

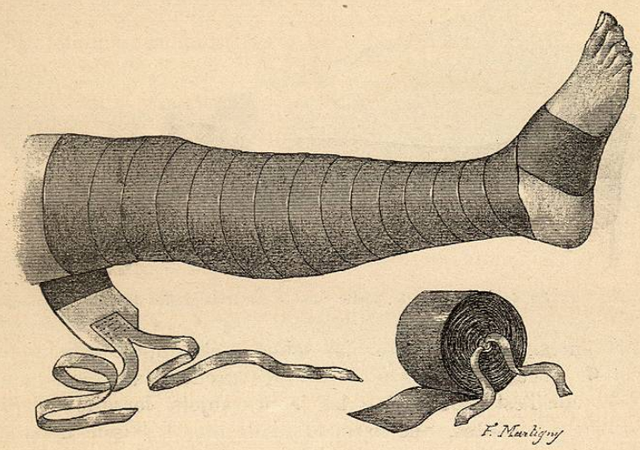

Fig. 17. — Bande de Martin enroulée sur une jambe variqueuse.

eu recours bien des fois à la résection de la saphène, selon la méthode de Trendelenburg que nous étudierons à propos des varices.

Depuis les recherches de Reverdin, on use des greffes épidermiques ou dermo-épidermiques; on pratique même de véritables autoplasties pour guérir les ulcères invétérés. Mais elles ne réussissent que si la surface de la perte de substance est bourgeonnante; aussi faut-il une période de préparation : la jambe sera mise au repos en position horizontale; on excitera la couche granuleuse par des substances appropriées. Puis, lorsque la surface sera détergée, lorsque le liséré cicatriciel commencera à se former, on appliquera les îlots épidermiques et le lambeau de derme, qu'on maintiendra par de la ouate hydrophile imbibée d'une solution de sel marin. Dans des cas plus graves, on aura recours à la greffe italienne qui, dans les mains de Berger, a donné des résultats magnifiques. Mais cette technique des greffes a une trop grande importance pour être ainsi traitée sans détails : nous renvoyons le lecteur au chapitre *Cicatrices* où elle est décrite.

En résumé, pulvérisations phéniquées avec la marmite de Championnière, pour abattre l'inflammation si elle existe et déterger l'ulcère; bains de jambe ou lotions avec de l'eau à la température de 45 à 50 degrés; compression avec la bande de Martin, une pommade antiseptique sous un appareil silicaté, greffes

[1] Arnold, *Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité*. Thèse de Paris, 1877.

pour hâter la cicatrisation lorsque la surface de la perte de substance est recouverte d'une membrane vermeille, et que le liséré épidermique s'accuse sur les bords, telles me paraissent les phases d'un traitement régulier pour un ulcère variqueux de médiocre étendue.

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 à ces alter-

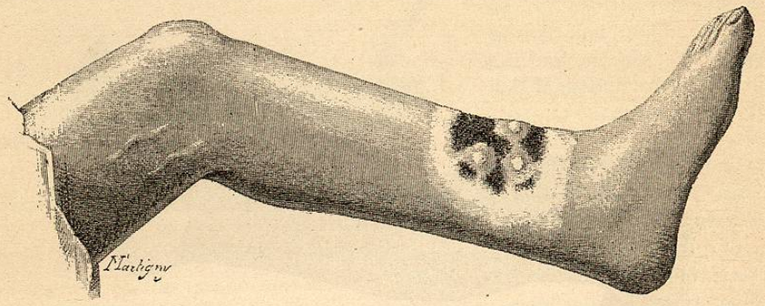

Fig. 18. — Ulcère de la figure 11, en partie comblé par trois greffes dermo-épidermiques.

natives énervantes. Si la résection des veines a été impuissante, si on n'a pu trouver l'étoffe nécessaire pour pratiquer des greffes italiennes, l'amputation est indiquée ; elle l'est encore, chez les jeunes sujets, lorsque l'ulcère a provoqué des ostéopériostites, une ossification de tous les tissus de la jambe : la peau distendue et mal nourrie ne peut plus se cicatriser ; l'ablation est le seul remède. De même lorsque l'ulcère fait le tour du membre, qu'il est « annulaire », car on ne peut plus compter sur une réparation suffisante des tissus : la membrane cicatricielle, si elle parvenait à se former, ne serait ni durable, ni solide.

IV

FISTULES

On nomme *fistules* des dépressions canaliculées et des conduits anormaux d'origine congénitale ou pathologique. — Si cette définition est vague, elle a le mérite de renfermer tous les cas, tandis que celles de Celse, de Boyer, du *Compendium de chirurgie*, de Follin, qui visent l'ulcération du trajet et sa sécrétion, laissent de côté plusieurs fistules acquises et l'importante classe des fistules congénitales ; celles-ci ne sont rien moins qu'un ulcère canaliculé.

Historique. — Hippocrate a laissé un traité des « fistules », mais jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, l'étude générale de cette lésion était faite surtout d'après l'histoire particulière de la fistule à l'anus. Les descriptions se précisent avec les recherches de Hunter, le traité de Percival Pott et le mémoire de Marvidez couronné par l'Académie royale de chirurgie. Des travaux d'une

grande importance ont été publiés dans ce siècle : Dupuytren et son élève Paillard, et plus tard Verneuil et Legros, ont mieux étudié la structure des conduits canaliculaires ; les fistules congénitales ont été reconnues et décrites par Dzondi, Duplay, Cusset, Lannelongue, Heurtaux ; enfin, tandis que les symptômes, l'étiologie et la thérapeutique de chacune des innombrables variétés de fistules étaient fouillés avec le plus grand soin, de nombreux pathologistes traçaient avec plus de sûreté et d'ampleur le tableau des fistules en général.

Percival Pott, Traité de la fistule. In *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 301. Paris, 1777. — Marvidez, Mémoire sur les fistules. In *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, 1re partie, 1778. — Jourdan, art. Fistule. In *Dict. des sc. méd. en 60 vol.*, t. XV, 1816. — Dupuytren, Considérations générales sur les fistules et sur la formation d'un tissu accidentel dans leur trajet. In *Journal univ. des sc. méd.*, t. X, 1818. — Des trajets fistuleux et des abcès symptomatiques. In *Gaz. méd.*, p. 92, 1835. — *Leçons de clin. chirur.*, t. II, p. 148, 1839. — Marjolin, art. Fistule. In *Dict. de méd. en 30 vol.*, t. XXIII, 1866. — Verneuil, Examen d'un point d'étiologie des fistules permanentes. In *Arch. gén. de méd.*, t. II. p. 653, 1858, et t. I, p. 63, 1859. — Heusinger, *Virchow's Archiv*, Bd. XXIX, S. 358, 1864. — Désormeaux, art. Fistule. In *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIV, 1871. — Pozzi, art. Fistules. In *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. II. — Cusset, Fistules branchiales. Thèse de doctorat. Paris, 1877. — Terrillon, Essai sur les fistules congénitales de la région lombo-sacrée. In *Revue de chir.*, p. 269, 1882. — Lannelongue, Mémoire sur les fistules et les dépressions cutanées congénitales para-vertébrales inférieures. In *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, p. 185, 1882. — Paul Reclus, Fistule congénitale de la région ano-coccygienne. In *Clinique et critique chirurgicale*, p. 338, 1884.

Classification. — Les fistules se divisent en deux catégories : les fistules *congénitales* et les fistules *pathologiques*. Celles-ci comprennent un certain nombre de genres, qui, à leur tour, renferment plusieurs variétés différentes. On distingue, dans les fistules pathologiques, 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 sont les fistules *borgnes* ou *non communicantes* ; les secondes, les fistules *complètes* ou *communicantes*. Ici, une dichotomie nouvelle : les fistules borgnes sont *idiopathiques*, lorsqu'elles succèdent à des abcès, et *symptomatiques*, lorsqu'elles sont entretenues par une lésion profonde, affection osseuse aiguë ou chronique, diathésique ou accidentelle, par la fonte d'un ganglion, l'exfoliation d'un tendon, l'élimination d'un dépôt tuberculeux, un corps étranger enclavé dans les chairs ou le squelette.

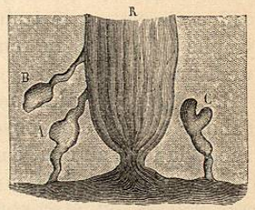

Fig. 19. — Principales dispositions des fistules à l'anus.
R, rectum. — A, fistule complète avec renflement au milieu. — B, fistule borgne interne. — C, fistule borgne externe avec bifurcation de son conduit.

La seconde classe des fistules pathologiques, les fistules *communicantes* ou *complètes*, est la plus importante. On en distingue deux catégories : celles qui pénètrent dans une cavité séreuse et celles qui s'abouchent à une muqueuse. Les fistules *séreuses* succèdent à l'ouverture ulcéreuse ou traumatique des synoviales articulaires et tendineuses, des bourses sous-cutanées ; elles sont fréquentes dans les grandes cavités viscérales, la plèvre, le péritoine, où des inflammations les provoquent ; elles peuvent ouvrir la chambre antérieure de l'œil à travers la cornée ; le péricarde — et Marjolin en a cité un cas, l'arachnoïde — et Tillaux, dans son *Traité d'anatomie*, parle d'un fait où le liquide céphalo-rachidien, à la suite de l'ablation d'un polype implanté sur l'ethmoïde, suintait goutte à goutte dans l'intérieur des fosses nasales et s'écoulait ainsi au dehors. L'ulcération d'un encéphalocèle pourrait aboutir au même résultat.