

quelques formes fongueuses ou phagédéniques heureusement rares. Mais le traitement qui réussit le mieux et le plus souvent dans tous les cas simples et dans un grand nombre de cas compliqués, c'est le pansement de Baynton associé au repos.

B. *Traitement interne.* — Un régime tonique, dans la majorité des cas, remplace avec avantage tous les médicaments conseillés par quelques chirurgiens dans le traitement des ulcères simples. Rarement surgissent des indications qui exigent un traitement interne. Toutefois une ulcération très-enflammée avec vives douleurs et réaction fébrile, chez un individu pléthorique, commande une saignée générale jointe à une diète légère et à quelques boissons rafraîchissantes. Certains ulcères s'arrêtent dans leur cicatrisation sous l'influence d'un état saburral des premières voies. La langue couverte d'un enduit blanchâtre et amer, l'anorexie, la tendance à la nausée, suffisent pour indiquer un vomitif ou un purgatif. L'opium a d'incontestables avantages dans les formes irritables de l'ulcération. L'atonie marquée de certains ulcères sera combattue par un régime tonique, par quelques boissons amères et par des préparations ferrugineuses ou iodurées.

Trastour a récemment publié (1) quelques observations intéressantes pour prouver l'utilité de l'iodure de potassium dans le traitement des ulcères des jambes, même lorsqu'il n'existe pas d'antécédents syphilitiques. Il a vu des ulcères idiopathiques les plus rebelles guérir en un ou deux mois, rarement plus, par l'usage de cet iodure administré à la dose de 2 à 6 grammes par jour. Il seconde cette médication interne par une compression régulière et un pansement simple. Sous l'influence de l'administration de cette préparation iodée, la suppuration ulcéreuse change, dit-on, rapidement de nature, et perd son odeur fétide; l'état de la plaie se modifie avantageusement, l'engorgement disparaît, la douleur cesse, et la guérison survient. Nous ne voyons aucun inconvénient à associer l'iodure de potassium à la médication locale, quand nous avons affaire à des ulcères simples non enflammés, mais nous n'avons sur ce point aucune expérience personnelle.

Mentionnons, pour terminer, quelques essais de Hancock, qui conseille l'essence de térébenthine à l'intérieur dans le traitement des ulcères de la jambe. Les deux observations qu'il rapporte ont trait à des individus jeunes, et l'on a oublié de dire si les malades ont gardé le repos, condition suffisante pour guérir certains ulcères.

L'ulcère simple guéri, il importe de prévenir les récidives qui surviennent si fréquemment. Le meilleur conseil à donner au malade, dans ce cas, c'est d'éviter les fatigues prolongées, la station debout, enfin tout ce qui peut produire dans le membre primitivement lésé un gonflement œdémateux. L'usage d'un bas lacé sera recommandé avec avantage aux personnes qui ont eu aux jambes des ulcères, et surtout des ulcères variqueux.

(1) *Journal de la Société acad. de la Loire-Inférieure*, t. XXXIV, livraison 177.

§ II. — Ulcères scrofuleux.

Nous désignons sous le nom d'*ulcères scrofuleux* certaines ulcérations indolentes qui se développent chez des enfants et des jeunes gens dont la constitution porte l'empreinte de la maladie scrofuleuse.

HISTORIQUE. — On trouvera de bonnes indications sur ces manifestations si fréquentes de la scrofule dans les ouvrages suivants :

BAUDELLOCQUE (A.-C.), *Étude sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse*, 1834. — LUGOL, *Recherches sur les causes de la maladie scrofuleuse*, 1844; et *Mémoires sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses*, de 1827 à 1831. — GUERSANT, art. SCROFULE du *Dictionnaire en 30 volumes*, 1844. — LEBERT, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, 1849.

SIÈGE. — Ces ulcères peuvent se montrer dans toutes les régions du corps, mais ils siègent de préférence au cou, sur les joues, au pourtour des narines, dans les régions pourvues de ganglions comme aux aines et dans les aisselles, au voisinage des articulations et dans certaines parties où les os sont superficiels. Par leur siège, ils diffèrent donc des ulcères simples que nous avons décrits et qu'on trouve de préférence aux membres inférieurs.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces ulcères ne débent pas toujours de la même manière. Aux joues, au pourtour des narines, sur les pieds et sur les mains, ils naissent par des inflammations ulcéralives. Ainsi, sous l'influence du froid, la peau rougit, devient brune, puis se recouvre de croûtes qui peuvent persister pendant quelque temps, mais au-dessous desquelles on trouve des gerçures de la peau ou des ulcérations. L'ulcère scrofuleux succède d'autres fois à l'inflammation suppurative de certaines indurations du derme ou au ramollissement de certains tubercules cutanés ou sous-cutanés. C'est, dans quelques cas, le ganglion qui est le siège primitif de ce dépôt; une inflammation périphérique le circonscrit et l'isole des tissus environnants; l'ulcère se produit, et à son fond on distingue des fragments jaunâtres du dépôt tuberculeux. Enfin ces ulcères accompagnent parfois des arthrites ou des ostéites scrofuleuses.

Les ulcères qui naissent dans ces différentes conditions sont, en général, d'une remarquable indolence, leur fond est d'un rouge pâle, et les bourgeons charnus y sont souvent fort peu développés. La sécrétion purulente est variable, tantôt presque séreuse et acide, tant caséuse, quand elle naît de dépôts tuberculeux. Parmi les caractères les plus tranchés de l'ulcère scrofuleux, il faut citer la coloration livide, bleuâtre et violacée de la peau qui le circonscrit, l'amincissement et souvent aussi le décollement assez étendu des téguments qui ne sont plus taillés à pic, comme dans la plupart des autres ulcères. On a noté parfois un développement anormal du système pileux, au voisinage de la partie malade, mais ce n'est point là un fait constant.

La marche de ces ulcères vers la guérison est d'une lenteur souvent désespérante. Il n'est pas rare de les voir en été s'améliorer d'une façon remarquable : mais les conditions froides de l'hiver les ramènent à un état fâcheux. Leur cicatrisation est donc toujours très-lente, et elle se fait irrégulièrement et par fractions. Des languettes cicatricielles se montrent alors au sein de l'ulcère, qui se guérit en plusieurs temps. De là des cicatrices irrégulières dans leur marche comme dans leur forme extérieure ; saillantes ici, là déprimées et adhérentes aux tissus sous-jacents, elles gardent longtemps une coloration bleuâtre, trace de l'affection scrofuleuse. Mais l'ulcère scrofuleux ne conserve pas toujours cet état indolent. Il peut survenir une complication fâcheuse, que Guersant a décrite sous le nom de *pourriture scrofuleuse* (1), et qui souvent agrandit d'une manière très-rapide la perte de substance. Cette complication ne se voit que dans les salles où sont réunis plusieurs malades ; elle se développe surtout dans les températures humides et froides, depuis les mois d'octobre et de novembre jusqu'au mois d'avril. Guersant n'a point remarqué que cette maladie fût contagieuse. Cette affection atteint plus particulièrement les ulcérations fistuleuses qui communiquent avec des arthrites, des ostéites ou des caries des os ; mais on la voit aussi sur les ulcères superficiels sans altération osseuse. La pourriture scrofuleuse s'annonce d'ordinaire par des symptômes gastro-intestinaux, de l'anorexie, de la diarrhée et de la fièvre. Une douleur et une chaleur souvent excessives se développent à la surface de l'ulcère et enlèvent le sommeil aux malades ; l'ulcère s'agrandit rapidement ; et si la cicatrice était déjà formée, elle se détruit. La surface de l'ulcération laisse facilement suinter du sang qui se forme en caillots, au-dessous desquels on rencontre parfois le tissu cellulaire, les aponévroses et les muscles envahis par la pourriture. Une suppuration d'une odeur fétide, mais non gangréneuse, accompagne cet accident des ulcères scrofuleux. Si, dans sa marche envahissante, la pourriture n'a point détruit des organes importants, comme des vaisseaux, ou ouvert des articulations, on voit, au bout de huit à dix jours, les accidents se calmer ; l'ulcération se borne, son fond se déterge, et souvent la maladie marche très-prompement vers la cicatrisation.

DIAGNOSTIC. — L'âge du malade, sa constitution générale, les différents accidents qui accompagnent l'ulcère, tels que des ophthalmies, des engorgements chroniques des ailes du nez, des lèvres, des ganglions lymphatiques, des articulations, serviraient au chirurgien, à défaut de caractères propres à l'ulcère, à établir le diagnostic.

PRONOSTIC. — Ce pronostic est grave, parce que l'ulcère scrofuleux indique une altération profonde de l'organisme ; mais la trace indélébile qu'il laisse presque toujours lui donne encore une gravité relative, car nous avons vu que les cicatrices bleuâtres et déformées des ulcérations

(1) Dictionnaire en 30 vol., art. SCROFULES, t. XXVIII, p. 219.

scrofuleuses restaient le stigmate ineffaçable d'une affection qu'on aime à cacher.

TRAITEMENT. — La base du traitement des ulcérations scrofuleuses est dans une bonne hygiène. Il faut placer le malade dans une habitation saine et aérée, le tenir dans une grande propreté, et prescrire un régime alimentaire tonique.

Le traitement général consistera dans des bains entiers et dans des médicaments internes. Les bains de mer, les bains de sable (Delpech), les bains thermaux et sulfureux rendent ici d'incontestables services. On y joindra quelques amers, divers toniques, comme les préparations de quinquina ou de fer, l'iode sous la forme de teinture ou d'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, etc. Ricord, qui est disposé à rattacher la scrofule à une syphilis héréditaire, explique ainsi les succès de l'iodure de potassium dans ce cas. Les préparations de noyer, tant vantées par Négrier, sont un utile adjuvant des agents plus énergiques que nous venons de mentionner.

L'atonie étant le caractère essentiel des ulcères scrofuleux, c'est aux pansements légèrement excitants qu'il faut avoir recours. On se trouvera bien de panser une ou deux fois par jour l'ulcère avec de la charpie sèche ou recouverte d'une pommade iodurée ou imbibée de vin aromatique. A chaque pansement on lavera la partie malade avec un liquide excitant, comme de l'eau chlorurée ou une décoction aromatique.

La réaction inflammatoire qui se manifeste dans certains ulcères scrofuleux exige l'application de topiques émollients. Si la pourriture scrofuleuse vient compliquer la maladie primitive, il faut s'adresser à une médication plus excitante. Les pansements avec le suc de citron, et mieux avec des rondelles très-minces de ce fruit, modifient souvent avec une grande promptitude l'état putrilagineux de la plaie. Quelquefois on est obligé de recourir à des cautérisations avec le nitrate d'argent. Le fer rouge, modificateur puissant et qui excite autour de lui une réaction salutaire, nous semble nettement indiqué dans les cas graves de pourriture scrofuleuse.

Le décollement si fréquent des bords de l'ulcère conduit à modifier parfois le traitement. Il devient utile de mettre à nu, par une incision, certains clapiers où le pus séjourne, et d'exciser les bords décollés et amincis de l'ulcération. Cette pratique, préconisée surtout par Dzondi (1) et défendue par Baudelocque, a été adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens. De vastes ulcères stationnaires, avec décollement d'une peau violacée et souvent repliée sur elle-même, se cicatrisent promptement dès qu'on excise les téguments dépourvus d'une vitalité suffisante. Toutefois Baudelocque conseillait de ne jamais opérer avant que le fond du foyer fût disposé à se cicatriser, c'est-à-dire avant que l'engorgement glanduleux eût disparu. Cette restriction de Baudelocque nous pa-

(1) L'Esculape, vol. I, 2^e cahier, p. 161.

raît à tort engager le chirurgien à s'abstenir dans des cas où cette pratique serait des plus heureuses. L'incision et l'excision nous semblent donc indiquées dans tous les cas d'ulcères scrofuleux avec décollement où n'existe pas de complication inflammatoire ou putrilagineuse. Si sous l'influence du traitement précédent l'ulcère marche vers la guérison, il faut surveiller et guider la cicatrisation en excitant les points qui languissent et réprimant par quelques cautérisations légères les bourgeons charnus trop proéminents; de la sorte on arrive à obtenir des cicatrices moins difformes. Cependant on sera plus d'une fois consulté pour faire disparaître les difformités qui résultent de ces cicatrices hideuses; mais nous examinerons cette question à l'article MALADIES DES CICATRICES.

§ III. — Ulcères scorbutiques.

Les ulcères qu'on désigne sous le nom de *scorbutiques* débutent de différentes façons. Ils peuvent se développer spontanément comme résultat direct du scorbut, chez des individus qui habitent des lieux bas et humides, dont l'alimentation est insuffisante ou malsaine, etc. Le scorbut engendre alors des lésions auxquelles succède promptement un ulcère. Il peut arriver aussi qu'une plaie, chez un individu scorbutique ou dont le sang est profondément altéré, prenne promptement un caractère ulcéreux et revête les traits de l'ulcère scorbutique. Quoiqu'il en soit, grâce aux grandes améliorations sociales de notre siècle, l'affection scorbutique est assez rare et ne s'observe plus guère que chez quelques misérables, chez des vieillards affaiblis ou chez des soldats placés par l'état de guerre au milieu de mauvaises conditions hygiéniques.

HISTORIQUE. — On consultera sur cette question les principaux traités sur le scorbut, et en particulier l'ouvrage célèbre de Lind (*A Treatise on Scurvy*, Edinburgh, 1752), plusieurs fois traduit en français. On trouvera aussi des documents nouveaux dans les différents mémoires publiés par les médecins militaires au retour de l'expédition de Crimée. (Voyez Frilley, *Études sur le scorbut qui a régné dans l'armée expéditionnaire et dans la flotte anglo-française pendant la campagne de Crimée*, thèse. Paris, 1856.)

SIÈGE. — Ces ulcères siègent de préférence à l'intérieur de la bouche, à la face interne des joues ou sur les gencives. On les voit aussi sur la face dorsale du pied et le plus rarement aux parties génitales.

SYMPTOMATOLOGIE. — Quand l'ulcère scorbutique naît spontanément, il est précédé par une tache livide due à un épanchement du sang. Bientôt, au niveau de cette ecchymose, la peau rougit, s'enflamme, puis se crevasse et s'ulcère; il naît ainsi une ulcération dont le fond est couvert de bourgeons charnus d'une coloration brune, qui saignent très-facilement et sécrètent une sanie rougeâtre souvent infecte. Les bords de ces ulcères sont décollés et circonscrits par une auréole d'un rouge foncé. Chez les scorbutiques, que la maladie soit endémique ou sporadique, la moindre plaie, la contusion la plus légère, suffisent à engendrer une ulcération. Alors la plaie

ne se cicatrise pas ou le point contusionné s'enflamme, et, dans les deux cas, un ulcère apparaît. On ne voit plus que très-rarement de ces cas graves de scorbut, comme ceux qui firent de si cruels ravages dans l'armée de saint Louis (1260) et dans les équipages de Vasco de Gama, pendant son premier voyage aux Indes orientales par le cap de Bonne-Espérance (1497), etc. C'est dans ces cas affreux qu'une sanie abondante forme à la surface des ulcères des croûtes épaisses, adhérentes, et se reproduisant facilement. Les chairs sous-jacentes sont ramollies, infiltrées, et saignent avec la plus grande facilité. Lorsque la maladie fait de constants progrès, cette sanie se dépose sous la forme d'une matière consistante que les marins comparent au foie de veau. Cette matière se produit avec une très-grande promptitude. Des gangrènes, des hémorrhagies abondantes et très-difficiles à arrêter donnent souvent à ces ulcères une immense gravité. A côté de ces cas si graves, il convient de placer certains états atoniques des ulcères compliqués de flétrissure, de pâleur, d'amaigrissement du membre et de petites taches ecchymotiques qui constituent un véritable *scorbut local*. Dans ces cas légers, l'ecchymose, qui indique l'altération du sang, se montre parfois seulement à la base des poils.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'ulcère scorbutique s'établira d'après l'aspect de l'ulcère et les conditions générales de l'individu qui en est atteint. On tiendra grand compte de l'affaiblissement du malade, des taches ecchymotiques répandues sur son corps, de l'état fongueux des gencives, de la fétidité de l'haleine.

PRONOSTIC. — Le pronostic est d'autant plus grave que l'organisme est plus profondément altéré.

TRAITEMENT. — La prophylaxie de ces altérations doit consister surtout à surveiller avec grand soin les individus qui peuvent accidentellement se trouver au milieu des conditions favorables à l'apparition du scorbut. Ainsi les chirurgiens de marine, de prisons ou des hospices de vieillards, auront parfois à modifier, dans ce but, l'aération ou la nourriture des individus confiés à leurs soins.

L'ulcère développé, le traitement consistera en moyens généraux et locaux.

Parmi les moyens généraux, on place en première ligne l'alimentation et l'habitation. Le régime alimentaire doit consister en viandes rôties associées à des légumes frais, à des vins généreux, à des boissons amères. On doit éviter les habitations froides, humides, peu aérées, et conseiller l'usage de vêtements chauds.

Le quinquina, les antiscorbutiques pris dans la famille des crucifères (raifort, cochléaria, cresson), les acides végétaux, et en particulier la pulpe du citron, sont d'excellents auxiliaires de l'alimentation. Nous avons vu le jus de citron agir si rapidement et si bien dans des cas très-graves de scorbut, que nous n'hésitons pas à lui donner la première place parmi ces agents de la médication générale.

Les moyens locaux ont pour but de modifier et d'exciter la surface des ulcères. Ceux-ci seront lavés deux fois par jour avec des solutions de borax et l'alun. L'eau de chaux a donné d'assez bons résultats dans les mains de quelques chirurgiens. On s'est bien trouvé de panser les ulcères avec de la charpie trempée dans ces liquides ou avec quelques baumes excitants. Le suc de citron est un des bons modificateurs des plaies scorbutiques. Il a fallu avoir recours quelquefois à des cautérisations avec l'acide chlorhydrique, et, dans les hémorrhagies, à la cautérisation avec le fer rouge.

Il ne faut point oublier que les cicatrices des ulcères scorbutiques sont bleuâtres, minces, faciles à rompre, et qu'elles doivent être protégées avec soin.

ARTICLE XI

DES FISTULES

On donne le nom de *fistules* (de *fistula*, tuyau) à des conduits morbides étroits, souvent allongés, entretenus par une altération locale ou générale, et qui laissent écouler du pus, des produits de sécrétion ou certaines matières qui circulent dans des canaux naturels. Ce nom provient de la ressemblance qu'on établit entre la longue cavité d'une fistule et celle d'un tuyau ou d'un roseau.

Nous allons, dans cet article, présenter une histoire générale des fistules, car il importe de rapprocher dans un même tableau leurs diverses variétés. Une étude isolée de chacune d'elles ne permettrait pas de saisir aussi facilement les différences qui les séparent.

DIVISION. — L'origine des fistules permet de les diviser en deux grandes classes :

1° Les unes proviennent d'une inflammation suppurante du tissu cellulaire, inflammation idiopathique ou symptomatique d'une lésion osseuse, d'un corps étranger, etc. ; elles ne communiquent avec aucune cavité ni aucun conduit normal.

2° Les autres ont pour caractère essentiel de communiquer : *a.* avec une cavité normale ou accidentelle du corps ; *b.* avec un organe sécréteur ; *c.* avec un conduit naturel.

Les premières ne laissent sortir que du pus ou de la matière tuberculeuse ; les autres peuvent donner lieu à un écoulement de produits sécrétés ou de matières qui circulent dans les canaux naturels accidentellement ouverts.

Chacun de ces deux grands groupes de fistules comprend des divisions secondaires. Les fistules de la première catégorie se subdivisent en *fistules idiopathiques* (ce sont celles qui succèdent à des abcès chauds ou froids), et en *fistules symptomatiques*. Ces dernières reconnaissent pour origine la

suppuration développée autour d'un corps étranger, d'un os nécrosé, d'un tendon exfolié, de tubercules sous-cutanés ou osseux ramollis.

On peut diviser, comme l'ont fait Bérard et Denonvilliers, les fistules du deuxième groupe en deux variétés : la première comprendra celles qui communiquent avec une *cavité séreuse* naturelle ou accidentelle ; la seconde, celles qui aboutissent à une *cavité muqueuse*.

Parmi les fistules qui dépendent d'une cavité séreuse, on distingue encore celles qui proviennent d'une cavité séreuse naturelle, et celles qui sont liées à une séreuse accidentelle. Les premières renferment les fistules des gaines tendineuses, celles des cavités splanchniques, comme les fistules pleuro-cutanées, péritonéo-cutanées. Il faut aussi y ranger un fait rare, cité par Marjolin, fait dans lequel, le péricarde ouvert, il s'établit une fistule qui fournissait un fluide assez abondant, trouble et peu consistant. Le blessé succomba au bout de deux mois (1). Les fistules qui succèdent à une perforation de la cornée peuvent être rapprochées des précédentes, car elles donnent un libre accès dans une cavité séreuse naturelle.

Les fistules consécutives à l'inflammation suppurative d'une bourse séreuse accidentelle méritent d'être notées séparément, elles sont remarquables par leur ténacité.

Restent les fistules des cavités muqueuses. Elles sont aussi d'espèces différentes. Ainsi les fistules peuvent être glandulaires, comme celles de la parotide, et occuper tantôt la glande, tantôt son conduit excréteur. Les fistules du tube digestif forment une catégorie à part, comme les fistules des voies aériennes.

Dans l'énumération que nous venons de faire rapidement se trouvent comprises la plupart des fistules, mais nous verrons que l'anatomie pathologique permet encore d'en distinguer plusieurs espèces secondaires.

HISTORIQUE. — Nous aurons peu de chose à dire sur cet historique. Dans la collection hippocratique, on trouve un traité *De fistulis*, dans lequel il est surtout question des fistules à l'anus, et qui renferme quelques bons préceptes de médecine opératoire. Celse, dans un chapitre assez remarquable, indique les principales variétés de fistules. Galien compare les fistules aux ulcères, et distingue trois surfaces suppurantes : l'ulcère, le sinus et la fistule. Paul d'Égine (2) conseille l'injection comme moyen de diagnostic. Les Arabes et les arabistes n'ajoutèrent rien à ce qu'avaient dit les anciens sur ces affections, et il faut venir jusqu'aux temps modernes pour trouver une juste appréciation de l'état anatomique des fistules. Pott fit voir, dans son *Traité de la fistule*, que les callosités sont un résultat de cette affection. Hunter indiqua bien l'organisation des membranes qui doublent les trajets fistuleux. Marvidès, dans un travail couronné par l'Académie de chirurgie (*Prix*, t. IV, 1^{re} partie, édit. in-4, p. 49), fournit des indications historiques et quelques remarques intéressantes. Dupuytren, dans ses *Leçons cliniques*, se plut à faire ressortir les préten-

(1) Dictionnaire en 30 vol., t. XIII, p. 172.

(2) Lib. VI, cap. 77.