

DIXIÈME CLASSE

ULCÈRES CUTANÉS

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON

Notions générales sur les ulcères, symptomatologie générale, division. — Ulcères idiopathiques inflammatoires, simples et contagieux. Ulcère de la jambe. Chancre. — Ulcères inflammatoires secondaires et ulcères se développant sur des néoplasmes.

L'ulcère cutané (*ulcus cutaneum*) est une perte de substance du chorion, qui se trouve ainsi médiatement ou immédiatement mis à nu, sécrétant en général une sérosité différente du pus de bonne nature, et qui, pour cette raison, n'arrive pas à la guérison, ou du moins n'y arrive que tardivement, en raison de la destruction moléculaire continuelle des tissus qui l'entourent.

D'après cette définition, un abcès n'est pas un ulcère, car là il y a une nécrose en masse des tissus; ceux-ci une fois éliminés, il tend à la guérison: de même, on ne comptera pas parmi les ulcères une plaie en voie de granulation et de suppuration franche, ni les pertes de substance qui, comme dans l'eczéma, le pemphigus, n'atteignent que l'épiderme et non le tissu connectif de la peau.

D'après son origine, l'ulcère n'est pas une affection primitive. Dans tous les points de la peau où l'ulcère se produit, il faut qu'il y ait eu auparavant une manifestation inflammatoire ou néoplasique, qui entraîne avec elle la destruction moléculaire continuelle des tissus et la formation de l'ulcère, ou qui, tendant d'ordinaire à la guérison, est entravée ici par des influences locales ou générales. A celles-ci appartiennent le lupus, l'infiltration scrofuleuse, la lèpre, le carcinome, le sarcome, les gommés syphilitiques, qui, par leur nature, sont prédestinées à l'ulcération. Parmi les causes locales, qui déterminent l'ulcération, soit en augmentant le processus inflammatoire, soit en empêchant la cicatrisation normale, il faut citer: les troubles locaux de circulation, les varices, la pression mécanique, les tiraillements, les contusions, le grattage, les actions chimiques qui détruisent le tissu

nouvellement formé, les emplâtres et les onguents, le contact, sur les bourgeons charnus, des fèces, de la salive, de l'urine, la carie et la nécrose des os. Comme causes éloignées des ulcérations, il importe de signaler les lésions cardiaques, certains états dyscrasiques, l'anémie, le marasme, quelle qu'en soit la cause, qui déterminent une infiltration de la peau, disposée à la désagrégation, ou retardent la guérison des plaies par anémie, ou défaut de plasticité des liquides nourriciers.

Si l'on arrive à détruire spontanément, ou grâce aux ressources de l'art, les infiltrats inflammatoires ou néoplasiques dont la désagrégation détermine l'ulcération, ou si l'on peut écarter les causes qui troublent continuellement la formation des granulations, celle-ci arrivera peu à peu à une cicatrisation complète, comme pour toute autre plaie normale dès le début. Il n'y a donc entre l'ulcère et une plaie de bonne nature qu'une différence relative et non essentielle, l'un pouvant prendre les caractères de l'autre et réciproquement.

Nous n'avons donc aucune raison de considérer l'ulcère comme un produit ontologique, étranger à l'organisme, comme on l'a fait autrefois, et comme malheureusement on tend encore parfois à le faire de nos jours. Nous ne saurions comprendre comment un ulcère de la jambe peut être une sorte de sécrétion supplémentaire dans le cas de suppression de la menstruation ou d'un flux hémorroïdaire; car, dans chaque cas, nous pouvons expliquer d'une manière tout à fait satisfaisante le développement et la durée de l'ulcère par des conditions locales et mécaniques, varices, dermatite, grattage, œdème par obstacle à la circulation, hémorragie, tandis que nous ne saurions trouver une relation physiologique entre l'ulcère et la menstruation ou les hémorroïdes. Nous ne pouvons comprendre comment des pathologistes éclairés peuvent croire qu'ils neutralisent, par l'établissement d'un exutoire au bras, les suites soi-disant fâcheuses de la guérison d'un ulcère de la jambe, comme si celui-ci, poussé çà et là, comme une navette, pouvait être porté par l'organisme de la jambe au bras: c'est là une supposition tout à fait antiphysiologique.

Aucune perte de liquides nourriciers, que ce soit par inflammation ou suppuration, n'est nécessaire à la santé. Toute perte de substance, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, est une perte pour l'organisme, et, quand elle s'accompagne, pendant des mois et des années, d'une sécrétion abondante, d'une déperdition constante de sucs, elle a des conséquences fâcheuses pour tout le monde, mais encore plus fâcheuses quand elle atteint un individu affaibli par d'autres causes, sans compter que toute plaie douloureuse ou suppurante détermine des troubles dans les rapports sociaux et dans l'exercice de la profession de celui qui la porte. Aussi, n'hésiterons-nous jamais et considérerons-

nous comme un devoir d'employer tous les moyens pour guérir les ulcères, et cela le plus rapidement et le plus sûrement possible; nous sommes persuadés que le malade ne fera qu'y gagner, et nous ne craignons pas de déterminer ces métastases sur les viscères que personne n'a encore produites et qui sont scientifiquement impossibles (1).

(1) Cette proposition, basée sur l'exclusivisme de l'école anatomique, est contraire aux enseignements de la tradition médicale, contraire à tout ce que commence à *expliquer scientifiquement* la médecine actuelle. La connaissance précise des accidents qui se produisent chez les sujets atteints d'*insuffisance rénale*, et généralement d'*insuffisance* des divers *émonctoires*, la connaissance des *toxémies* et des *infections bacillaires, ptomainiques*, etc., permettent de *comprendre* pourquoi, dans ces conditions déterminées, des phénomènes viscéraux graves ont pu être observés à la suite de la suppression de certains vieux ulcères lépreux, par exemple, de certaines plaies ouvertes chez les scrofulo-tuberculeux, etc., c'est-à-dire d'« émonctoires artificiels », par lesquels peut s'écouler une partie des éléments infectieux ou toxiques. D'autre part, les notions nouvelles sur le *transfert*, sur les réflexes vasculaires trophiques, etc., ont encore élargi le cercle des *actions médicatrices incomprises*. Cela doit suffire pour rendre le praticien circonspect, et nous suffit à nous pour dire aux jeunes médecins : En ce point, comme sur les autres, ne jurez sur la parole de qui que ce soit. Avant de supprimer un ulcère ancien, voyez d'abord quel est l'état du malade, examinez s'il présente une lésion viscérale pouvant compromettre son existence; s'il en est ainsi, restez sur la réserve, gardez-vous de toute décision systématique.

Voici, en fait, toute la question : 1° *Un ulcère provoqué est-il, en réalité, oui ou non, sans action sur une lésion préexistante d'un organe rapproché ou éloigné, ou sur un trouble fonctionnel ?* Il ne s'agit pas ici, en ce moment, qu'on veuille bien le remarquer, d'*interprétation*, mais de constatation *de fait*. Hebra et le professeur Kaposi disent non; nous répondons oui, et nous avons l'assurance d'avoir avec nous la majorité des observateurs.

On voudra bien remarquer que nous ne descendons pas dans le détail, et que nous ne recherchons pas le degré de cette action, son caractère favorable ou défavorable; nous contestons seulement à l'auteur le bien fondé de sa proposition, quand il affirme que jamais un vésicatoire ni une cautérisation, un cautère ou un ulcère n'ont d'action sur un état pathologique préexistant.

2° *Un ulcère subsistant depuis un temps plus ou moins long peut-il toujours, et dans tous les cas, être supprimé, sans inconvénient pour un état morbide existant en un autre point de l'économie ?*

Hebra et Kaposi déclarent absolument que oui, et considèrent en quelque pitié les médecins qui pensent autrement; nous ne partageons pas leur sentiment. Que l'application d'un cautère ou d'un vésicatoire soit sans action dans un grand nombre de cas, ou que leur suppression

Comme les ulcères ne diffèrent que par l'espèce et non par l'essence de leurs causes, ils présentent tous un certain nombre de symptômes communs.

On distingue, pour tout ulcère, des phénomènes objectifs, l'état du fond et des bords, la forme, l'étendue, le mode d'accroissement, la nature de la sécrétion, et, de plus, un certain nombre de manifestations subjectives concomitantes.

Le fond de l'ulcère est, en général, jaune grisâtre, lisse ou inégal, recouvert d'une sécrétion visqueuse, infiltré de pus, en raison de la destruction moléculaire qui s'y fait. Les bords sont taillés à pic ou se confondent peu à peu avec les parties voisines, réguliers et déchiquetés, d'autres fois plus ou moins décollés, sinueux, mobiles ou adhérents, mous ou infiltrés par un exsudat inflammatoire, facilement saignants, comme peut l'être parfois aussi le fond, ou recouverts d'une sécrétion grisâtre. Le pourtour de l'ulcère, des bords et du fond, est enflammé, tuméfié, ou ne présente que de légères modifications; il peut être presque normal ou œdématisé, induré, dense, calleux, ou encore infiltré par un néoplasme spécifique (lupus, tuberculose miliaire, carcinome, syphilis). Quant à la forme, un ulcère de petite étendue est habituellement circulaire ou arrondi; plus étendu, il a une forme irrégulière, sinueuse, il est profond ou cratériforme, anfractueux ou lisse, il peut avoir l'apparence d'une érosion, ou la dimension d'une pièce de 50 centimes, celle d'une pièce de 5 francs en argent, ou s'étendre à la moitié ou à la totalité de tout un membre.

La sécrétion de l'ulcère diffère en général, quant à sa constitution, du pus bon et louable. Elle est abondante ou rare, mal liée, analogue à

soit inoffensive dans beaucoup de circonstances, personne ne le conteste, et la pratique commune de tous les médecins éclairés le démontre surabondamment.

Mais affirmer que cette règle est absolue, enseigner aux jeunes médecins qu'ils *doivent* systématiquement, *chez tous les malades*, supprimer au plus vite les ulcères anciennement existants, sans se préoccuper d'ailleurs de l'état organopathique de ces malades, voilà ce qui ne saurait être accepté. Nombre de praticiens éminents, dépourvus de toute servilité doctrinale, continuent à affirmer que la suppression de ces vieux ulcères, de ces vieux eczémas suintants des jambes chez les goutteux, les bronchitiques, etc.; de l'eczéma ancien du cuir chevelu chez les cérébraux, etc., etc., peuvent être suivis, à bref délai, d'accidents rénaux, pulmonaires, cérébraux, etc., et que la reproduction de ces mêmes ulcères, de ces mêmes eczémas, etc., a mis parfois fin à ces accidents. Cela suffit pour rendre le praticien circonspect et le mettre à l'abri des négations systématiques.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

du petit lait, pauvre en éléments figurés ou d'un aspect plus transparent, visqueuse, collante, ou hémorrhagique, et, selon le cas, soit inodore, soit d'une odeur infecte (1). Elle se dessèche en croûtes de coloration et d'épaisseur variables, qui, dans les cas où elles ont une certaine étendue, sont scutiformes et semblables aux croûtes du rupia, ou, quand la sécrétion est peu abondante, ne font que recouvrir l'ulcère d'une couche gommeuse. On a attribué à la sécrétion des ulcères une composition spéciale, et on a signalé l'augmentation des sels, surtout du phosphate ou de l'urate de soude, dans le cas d'ulcères arthritiques; on y a en outre observé parfois une coloration bleue que certains auteurs expliquent par la présence de vibrions bleus, que d'autres, comme Girard et Fordoz, attribuent à l'existence de la pyocyanine et de la pyoxanthose.

On a signalé aussi une odeur spéciale du pus des ulcères.

Quant aux manifestations subjectives, certains ulcères sont indolents, d'autres très douloureux, d'où la distinction en ulcères asthéniques et ulcères irritables.

Dans la marche de l'ulcère, on distingue le stade de destruction, qui peut durer des semaines, des mois, des années, et pendant lequel il garde son caractère primitif, et le stade de réparation, dans lequel il entre une fois que l'on est parvenu à écarter ses causes prochaines, prenant alors l'aspect d'une plaie normale. Certains ulcères ont une marche typique, bien déterminée; d'autres ont une marche et une durée atypiques, indéfinies. Les ulcères phlegmoneux, diphtéritiques, pseudo-membraneux sont des variétés qui s'écartent du type ordinaire; les ulcères serpiginieux, réniformes, indiquent un mode spécial d'accroissement par destruction des tissus ambiants.

La terminaison locale de tout ulcère est, à quelques exceptions près, la transformation en une plaie simple, granuleuse, et la guérison par cicatrisation (voir T. II, p. 303).

Tout cela, ainsi que le pronostic et l'influence de l'ulcère sur les points atteints et sur l'organisme tout entier, dépendent de l'altération anatomique qui lui a donné naissance; c'est d'après elle seulement que l'on peut établir une division rationnelle des ulcères. Nous diviserons donc les ulcères cutanés en deux groupes: 1° ulcères dus à l'inflammation, ulcères inflammatoires; 2° ulcères survenus sur des néoplasmes.

(1) La recherche et la constatation des microorganismes pathogènes spécifiques — microphytes, bactéries, coccidies, etc., est aujourd'hui celle qui importe au premier chef.

Les ulcères inflammatoires (1) peuvent être divisés encore en ulcères contagieux et non contagieux, et chacune de ces deux classes en ulcères idiopathiques et symptomatiques, suivant les caractères de l'inflammation qui leur a donné naissance.

L'ulcère inflammatoire, idiopathique, non contagieux, peut survenir à la suite de toute inflammation idiopathique de la peau, telle que dermatite aiguë ou chronique, abcès, excoriations, eczéma, pustules vaccinales. Il en est ainsi lorsque, par le grattage, des compressions, des tiraillements, la rétention de pus au-dessous des croûtes, des emplâtres irritants, des stases sanguines, des varicosités, etc., on détermine une déchirure par étranglement hémorrhagique ou en général un trouble quelconque des bourgeons charnus.

De tous ces ulcères, le plus fréquent est l'ulcère de la jambe, *ulcus cruris*; on trouve dans son mode de développement et dans sa marche presque toutes les conditions qui donnent lieu à l'ulcère en général. On sait qu'on le rencontre le plus souvent chez les sujets atteints de varices, surtout chez les femmes après plusieurs grossesses, ou chez des personnes des deux sexes obligées par leur profession à se tenir durant toute l'année debout plusieurs heures par jour.

Les premiers symptômes qui se manifestent chez ces personnes sont, outre un certain degré d'œdème et des douleurs dans le talon et la plante des pieds, des démangeaisons dans la jambe qui forcent le malade à se gratter, et sont suivies d'excoriations.

Ces petites excoriations superficielles donnent lieu à des pertes de substance d'abord tout à fait planes, puis plus profondes, qui prennent d'autant plus vite le caractère des ulcères, que les hémorrhagies, l'œdème, les tiraillements, les lésions mécaniques par compression ou par violence extérieure, la lymphangite ou la dermatite concomitantes dues à la rétention du pus sous les croûtes, y sont plus fréquents, et que la formation de granulations destinées à réparer la perte de substance y est plus troublée. Puis surviennent la callosité des bords de l'ulcère, déterminée par des inflammations répétées, la tendance fréquente à la néoformation du tissu connectif (cicatriciel), la grande extension que prennent ces bords, la constriction des vaisseaux afférents par les circonstances qui font de l'ulcère de la jambe, une fois constitué et assez étendu, une affection qui dure pendant des années, très douloureuse et fort pénible, sinon incurable.

(1) Cette qualification d'« inflammatoire » ne saurait plus être prise à la lettre. Dans tous les « ulcères » proprement dits, il intervient un autre élément qui, *seul*, peut servir à les dénommer véritablement.