porter cet appareil pendant six à huit semaines, et même plus longtemps, jusqu'à ce que la cicatrice se soit bien raffermie. Depuis longtemps j'agis de la sorte pour tout ulcère de la jambe, et j'ai tout lieu d'être satisfait des résultats.

4° *Ulcères ichoreux*. Très-souvent la décomposition s'opère à la surface d'un ulcère uniquement sous l'influence de conditions extérieures défavorables. Dans d'autres cas, cependant, c'est une dyscrasie qui provoque cette tendance à la désorganisation rapide des tissus à la surface de l'ulcère. La solution de chlorure de chaux, le vinaigre de bois, la térébenthine, l'alcool camphré, tels sont les moyens à employer dans ce cas. Lorsque la désagrégation se fait avec une rapidité si grande que d'un jour à l'autre on soit frappé par l'agrandissement de l'ulcère, on appelle ce dernier ulcère *rongeant* ou *phagédénique;* c'est là une forme qui se rapproche beaucoup de la pourriture d'hôpital, dont il a été question antérieurement. La désagrégation est quelquefois rapidement arrêtée par la poudre de précipité rouge, dont on saupoudre la plaie. Si ce moyen restait inefficace, je conseillerais de ne pas attendre pour détruire l'ulcère entier ; la cautérisation énergique avec la potasse caustique, le fer chaud fortement appliqué, voilà des moyens qui, dans ces cas, sont presque toujours suivis d'un bon résultat.

5° *Ulcères sinueux et fistuleux;* ulcères à bords décollés et fistules. Ils proviennent généralement d'ulcères en cavernes, qui s'ouvrent lentement de dedans en dehors, surtout à la suite d'une fonte ulcérative chronique des glandes lymphatiques. Un ulcère pareil guérira toujours plus vite, si vous le transformez en ulcère ouvert ou à jour, par l'excision des bords décollés, ordinairement minces ; lorsque la trop grande épaisseur de ces bords et la profondeur de la cavité ulcéreuse ne permettent pas d'employer ce moyen, vous devez au moins fendre la peau qui recouvre l'ulcère et mettre ce dernier à nu. Le même traitement est applicable aux ulcères fistuleux, lorsque ces derniers conduisent à une cavité ulcéreuse située plus profondément. Il faut que cette cavité disparaisse, pour que la fistule se ferme définitivement. Le mot fistule a, du reste, soit dit en passant, encore un autre sens, car il sert à désigner toute ouverture tubuleuse anormale qui communique avec une cavité du corps ; ainsi, on parle de fistules pectorales, cérébrales, vésicales, uréthrales, etc. Bien que ces fistules soient dues elles-mêmes à des processus ulcératifs et que l'on puisse ériger là-dessus une sorte de théorie, que Roser a développée avec une prédilection toute particulière, il semble cependant plus opportun de réserver l'exposé de ces conditions pour la chirurgie spéciale ; cette question nécessite pour être comprise la connaissance d'une foule d'états morbides particuliers appartenant aux divers organes et dont vous ne sauriez, pour le moment, vous faire une idée bien juste.

Nous avons à nous occuper maintenant d'une partie très-importante de l'histoire des ulcères, savoir de leur *étiologie*. Je vous ai déjà fait remarquer que l'on doit distinguer ici, comme pour l'inflammation chronique, des causes locales et des causes générales dyscrasiques. Si nous envisageons d'abord les

causes locales, nous devons mentionner premièrement l'*irritation locale continue, mécanique ou chimique*. Un frottement et une pression prolongés sont des causes fréquentes de ces sortes d'ulcères : une chaussure trop étroite, le bord dur d'un soulier, peuvent les produire aux pieds; une dent tranchante ou des aspérités formées par le tartre dentaire peuvent être la cause d'ulcères de la muqueuse buccale et de la langue, etc. Ces sortes d'ulcères portent généralement les traces de l'irritation : le pourtour est rouge et douloureux, aussi bien que le fond lui-même. — Comme iritation chimique, on peut citer, par exemple, l'action de l'eau-de-vie sur la muqueuse de l'estomac; les buveurs d'alcool souffrent, en général, d'un catarrhe permanent de l'estomac, pendant la durée duquel se développent souvent des ulcères catarrhaux et plus tard des ulcères spécifiques de diverse nature. — Une deuxième cause encore plus fréquente de processus inflammatoires chroniques terminés par ulcération réside dans la *stase veineuse*, dans la dilatation des veines, autrement dit les *varices*. Ces dernières ont des rapports de causalité très-intimes avec les ulcères de la jambe; nous nous y étendrons plus tard. Ici nous nous contenterons de dire que par suite de la distension continue des petites veines de la peau il se fait une infiltration séreuse chronique de la peau, à laquelle s'ajoute peu à peu l'infiltration cellulaire, l'épaississement, et enfin assez souvent l'ulcération de cette enveloppe.

Les ulcères qui se développent à la suite des varices et que l'on désigne sous le nom d'*ulcères variqueux* peuvent présenter des aspects très-différents. Au commencement, ce sont ordinairement des ulcères simples, souvent exubérants; plus tard ils prennent un caractère torpide et en même temps les callosités se forment sur les bords. Déjà il a été question du changement rapide qui s'opère dans de pareils ulcères, lorsqu'on se conteute de les traiter par le repos et la propreté. Pour ce qui est du traitament, l'application des bandelettes, déjà mentionnée, est destinée à effectuer aussi bien la guérison de l'ulcère qu'à prévenir le développement ultérieur des varices. Cependant je préfère, dans la plupart des cas, un traitement local à l'hôpital, d'après les principes émis antérieurement, et je n'applique les bandelettes que plus tard, pour empêcher les varices de s'étendre davantage.

Si nous avons établi un rapport intime entre la dilatation variqueuse des veines et des ulcères, rapport basé sur l'expérience, et si nous avons fait ressortir dès à présent la signification pratique la plus importante de cette maladie des veines, cela ne veut pas dire que les varices soient infailliblement suivies d'ulcérations ; *il y a, au contraire, un nombre assez considérable de cas dans lesquels d'énormes dilatations veineuses existent sans ulcération secondaire.*

Nous allons donner maintenant une courte description des formes d'ulcères dus à des *causes internes* et qui tiennent à des états dyscrasiques, autrement dit des *ulcères symptomatiques*.

1° De ce nombre sont, avant tout, les ulcères *scrofuleux* et *tuberculeux*. Ce sont là des ulcères qui dépendent de processus inflammatoires chroniques, dont

la cause est une des dyscrasies que nous venons de nommer, comme d'ailleurs cela a été dit plus haut. Ils se forment pour la plupart de dedans en dehors ; en effet, il se développe dans la substance de la peau ou du tissu conjonctif sous-cutané des foyers limités qui perforent lentement la peau de dedans en dehors. Il en résulte évidemment de petites pertes de substance dans la peau dont les bords, d'ordinaire un peu rouges, sont fort amincis, et conduisent à des excavations situées dans la profondeur, d'où s'échappent des débris de tissus réduits en matière caséeuse ou un pus diffluent. Les bords de ces ulcères cutanés sont décollés, ce qui est très-facile à constater par l'examen avec la sonde. Ordinairement ils sont essentiellement atoniques. Vous voyez par cette description que ces ulcères à bords décollés et à prolongements sinueux ne doivent leur forme particulière qu'à leur mode de production, qui peut rester le même au milieu des conditions générales et constitutionnelles les plus variées; cependant l'expérience nous apprend que cette variété se rencontre *avec une fréquence toute particulière* chez les individus tuberculeux, ce qui a permis de conclure à l'existence d'un vice scrofuleux ou tuberbuleux par le seul fait de la présence de ces ulcères atoniques à bords décollés. Cette conclusion peut être légitime dans la plupart des cas, mais elle n'est pas d'une justesse absolue.

2° *Ulcères lupeux.* Sous le nom de lupus, on désigne une maladie caractérisée par le développement de petits tuberbules dans la couche superficielle de la peau; ces tubercules peuvent suivre ultérieurement une évolution différente. Ils sont le produit d'une prolifération de petites cellules accompagnée de dilatation vasculaire; ces tubercules peuvent s'agrandir et confluer, et donner ainsi lieu à des tubercules plus gros, à des épaississements bosselés de la peau (*lupus hypertrophicus*); ou bien il se fait à leur surface une exfoliation abondante de l'épiderme (*lupus exfoliativus*), enfin un processus ulcératif les envahit (*lupus exulcerans*). Les trois formes peuvent se combiner. Les ulcères de la dernière forme peuvent présenter des granulations exubérantes (*lupus exulcerans fungosus*), ou bien ils déterminent une rapide désorganisation des tissus (*lupus exedens, vorax*). La maladie a son siége de prédilection à la face, principalement au nez, aux joues et aux lèvres; c'est là qu'elle entraîne les destructions les plus terribles; tout le nez, les lèvres, peuvent être complétement rongés. J'ai vu un cas dans lequel toute la peau de la face, le nez, les lèvres et les paupières étaient détruits ; les deux yeux avaient disparu par suppuration et les os, mis à nu, offraient le spectacle le plus épouvantable. Dieffenbach décrit un cas semblable chez une comtesse polonaise, et compare l'aspect du visage à celui d'une tête de mort. — Les ulcères consécutifs au lupus n'offrent pas un aspect invariablement le même, mais l'état des parties environnantes et l'aspect que les parties affectées de la peau offrent dans leur ensemble facilitent le diagnostic à un haut degré. Dans les cas où le lupus se présente en d'autres endroits, par exemple aux extrémités ou sur les muqueuses, telles que la muqueuse de l'arrière-bouche, la conjonctive, le diagnostic devient difficile et ne peut toujours être sûrement établi; aux extrémités, le lupus peut être confondu avec certaines formes de lèpre; dans l'arrière-bouche, on peut croire à l'existence d'ulcères syphilitiques. Le lupus est le plus souvent une maladie dyscrasique, rarement une affection purement locale de la peau. Mais il est difficile d'admettre une dyscrasie lupeuse particulière, attendu que très-souvent le lupus se développe chez les individus scrofuleux, de sorte qu'on peut l'envisager comme un phénomène des plus malins de la scrofulose. D'un autre côté, le lupus peut aussi se montrer comme un symptôme de syphilis, c'est ainsi que l'on a pu admettre l'existence d'un lupus syphilitique et d'un lupus scrofuleux, à côté desquels il faut cependant reconnaître l'existence d'un lupus spontané, attendu que, dans certains cas, il est impossible de constater l'une ou l'autre de ces deux dyscrasies. — Le lupus se développe généralement vers l'époque de la puberté, et plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes ; il est plus rare de le rencontrer à un âge ultérieur ; après quarante ans on peut se considérer comme presque sûrement à l'abri de cette maladie.

Quant *à la thérapeutique,* j'attache la plus haute importance au traitement local, surtout dans la forme ulcéreuse, parce qu'ici il s'agit d'empêcher par tous les moyens mis à notre disposition les progrès de la destruction, car cette marche envahissante peut mettre en danger la peau de la face entière, et les moyens internes n'ont qu'un effet extrêmement lent. Il s'agit ici, comme dans tout travail d'ulcération rapide, de détruire complétement le fond et les bords de l'ulcère, de faire une cautérisation qui étende ses effets au tissu sain; ordinairement on fait usage du cautère potentiel. On se sert du nitrate d'argent ou de la potasse caustique sous forme de crayon que l'on plonge dans les ulcères ramollis par le lupus. On peut aussi employer les caustiques en pâtes, surtout la pâte de chlorure de zinc, que l'on prépare en mêlant le chlorure avec de la farine de seigle ou de froment et en ajoutant quelques gouttes d'eau pour donner au mélange, en le remuant, la consistance d'une bouillie dont on couvre l'ulcère. Pour arriver plus sûrement au but et faire agir le caustique d'une manière plus intense, il convient de râcler avec l'extrémité élargie d'une sonde le fond de l'ulcère, d'arrêter l'hémorrhagie qui se produit et de faire ensuite agir le caustique. Parmi les moyens indiqués, je préfère pour ma part la potasse caustique, parce qu'elle se combine plus rapidement avec les tissus et cause, par conséquent, une douleur moins longue. On peut, pour faire une pareille cautérisation, soumettre le malade à l'influence du chloroforme, de sorte qu'à son réveil il ne sent plus qu'une brûlure modérée et supportable. Le nitrate d'argent cause une douleur plus longue. Une fois l'eschare détachée, il se forme, si la cautérisation a été suffisante, une belle surface bourgeonnante, qui se cicatrise à la manière ordinaire. Il ne se produit pas facilement un nouveau lupus dans cette cicatrice, mais la cautérisation ne peut pas empêcher des nodosités nouvelles de se former dans les environs. — Pour le lupus exfoliatif et le lupus hypertrophique la teinture d'iode est le moyen local le plus convenable; on fait bien d'y ajouter un peu de glycérine pour adoucir légèrement l'effet du remède. J'ai vu plusieurs fois des nodosités lupeuses se ratatiner sous l'influence de ce traitement, qui cependant ne saurait mettre à l'abri des récidives. Enfin, on peut, dans certains cas, extirper avec avantage les endroits affectés. — En fait de remèdes internes, je n'ai obtenu de succès qu'à la suite d'un traitement persévérant par l'huile de foie de morue à la dose de six cuillerées à bouche

par jour; cette cure doit être continuée pendant des années. Le traitement par les décoctions de bois sudorifiques n'a d'efficacité que contre le lupus syphilitique. L'arsenic, remède très-estimable dans certaines affections chroniques de la peau, ne rend, pour ainsi dire, aucun service contre le lupus. — Dans ce pays, en Suisse, le lupus paraît très-rare. Mon expérience personnelle s'est faite principalement à la clinique de Berlin, et si je dois vous exprimer franchement mon opinion sur le degré d'efficacité des remèdes internes à employer contre cette maladie, je vous dirai simplement que dans bien des cas la dyscrasie lupeuse s'éteint d'elle-même, ainsi que la scrofulose, par le progrès des années, mais que dans d'autres cas elle est tout à fait incurable.

3° *Ulcères scorbutiques*. Le scorbut est une maladie qui, arrivée à son entier développement, est caractérisée par l'extrême facilité avec laquelle se rompent les vaisseaux capillaires. Dans beaucoup d'endroits de la peau, et surtout dans l'épaisseur des muscles, il se produit des extravasats sanguins; les gencives se gonflent, deviennent violettes et offrent des ulcères qui saignent avec une grande facilité; ajoutez des hémorrhagies par l'intestin, l'amaigrissement et un affaiblissement général; beaucoup de ces malades meurent dans un état très-misérable. Sous cette forme maligne, le scorbut se montre surtout endémiquement sur les côtes de la Baltique et parmi les équipages qui ont à faire de longs voyages sur mer. Dans le dernier cas, on attribue ordinairement le mal à l'usage habituel des viandes salées. Dans l'intérieur des terres, il se manifeste une autre espèce de scorbut, dans laquelle il faut faire rentrer le purpura, la maladie de Werlhoff, etc. Le scorbut localisé sur la muqueuse buccale est très-fréquent dans tous les pays chez les enfants. Les gencives enflent, deviennent d'un bleu rouge foncé, elles saignent au plus léger contact, et il s'y forme des ulcères couverts d'un enduit jaune, poisseux, composé de pus, de cryptogames et de débris de tissus. Cette forme de la maladie, lorsqu'elle se borne à ces symptômes et qu'elle est de bonne heure soumise à un traitement, est ordinairement facile à guérir; on touche deux fois par jour les gencives avec un collutoire composé de 2 à 4 grammes d'acide chlorhydrique et de 30 grammes de miel, on donne à l'intérieur des acides minéraux à une dose et sous une forme appropriées à l'âge et l'on prescrit des aliments d'une facile digestion; lorsque ces moyens sont consciencieusement employés, la maladie disparaît en peu de temps. — Le scorbut endémique généralisé est très-difficile à guérir, parce qu'il est impossible, dans la plupart des cas, de soustraire les malades aux mauvaises conditions qui ont donné le caractère endémique à la maladie. On recommande encore particulièrement ici le traitement par les acides.

4° *Ulcères syphilitiques*. Les symptômes que l'on a l'habitude de considérer comme caractéristiques des ulcères syphilitiques se rapportent presque exclusivement au chancre primitif et surtout au chancre mou. Ce dernier commence par une vésicule ou une pustule et finit par se transformer en un ulcère de la grandeur d'un pois environ à bords rouges et à fond jaunâtre, lardacé. L'ulcère du chancre induré présente un autre aspect; il se forme d'abord une petite nodosité dans la peau du gland ou du prépuce, et cette nodosité s'entame

en commençant par la surface comme les autres ulcères de la peau; cet ulcère affecte généralement un caractère atonique, torpide, avec une disposition marquée à la désagrégation des tissus. Les condylomes larges ou pustules plates, une des formes les moins malignes de la syphilis constitutionnelle, ont un caractère marqué d'exubérance et ne représentent, à vrai dire, pas autre chose que de petits ulcères superficiels, fongueux de la peau, qui se présentent principalement au périnée, à l'anus et à la langue. Les *ulcères syphilitiques* de la peau, dits *tertiaires*, ont fréquemment un pourtour fortement induré, brun rouge, une configuration circulaire ou en fer à cheval, et se distinguent par un caractère plus particulièrement atonique. Vous voyez par là que l'aspect des ulcères syphilitiques est également très-variable, et que pour cette raison il n'est pas toujours permis de conclure, d'après cet aspect, à l'existence d'une syphilis constitutionnelle. — Le traitement de l'ulcère syphilitique vrai doit être essentiellement interne et dirigé contre l'ensemble de la maladie. Il est bien rare que l'on soit dans le cas d'instituer un traitement local particulier.

Les anciens chirurgiens distinguaient encore une série d'autres formes d'ulcères caractéristiques, d'après eux, de la cause ayant présidé à leur développement. Ainsi, vous trouvez énumérés dans l'*Helcologie* de Rust des ulcères rhumatismaux, arthritiques, hémorrhoïdaux, menstruels, abdominaux, herpétiques, etc. Cependant, il ne m'a pas été possible, pas plus qu'à d'autres chirurgiens des temps modernes, de sonder le mystère de ce genre de diagnostic; il est assez généralement admis de nos jours que l'on s'est fondé en cela sur un système artificiel qui prenait sa source dans l'ancienne pathologie humorale, plutôt que sur une observation critique et solide. Si l'on veut observer sans aucune opinion préconçue, on est, il est vrai, forcé d'accorder que certaines formes de l'ulcération, surtout lorsqu'elles se présentent à des endroits déterminés, permettent de tirer des conclusions étiologiques du simple aspect. Cependant cet aspect et cette forme des ulcères dépendent eux-mêmes des conditions anatomiques des parties affectées et des influences extérieures les plus variées, de sorte que l'on s'exposerait à bien des illusions si l'on s'attachait trop à considérer l'aspect de l'ulcère comme l'expression authentique d'une influence spécifique, locale ou constitutionnelle.

Bibliographie. — Ulcères : toutes les planches de l'*Helcologie* de Rust. Ulcères syphilitiques, Lebert, atlas, pl. 147, 151-154.