

communica à la Société royale de médecine vers la seconde moitié du XVIII^e siècle, ne sont pas très-démonstratives pour établir la cause de l'ergotisme gangréneux. Il administra de l'ergot de seigle à deux canards, à un dindon et à deux porcs. Le relevé de ces expériences mentionne la gangrène de la langue sur un des canards, et la gangrène de plusieurs muscles sur un des porcs. Cependant ces animaux ont succombé, non à la gangrène proprement dite, mais à une intoxication générale, et l'on ne peut voir là l'expression complète de l'ergotisme gangréneux.

Les expériences de Parola et celles de Millet ne sont pas plus décisives. Les animaux auxquels ces expérimentateurs ont donné du seigle ergoté sont devenus lourds, hébétés, peu agiles; leur démarche était peu assurée, et leurs membres faiblissaient; ils poussaient souvent des cris plaintifs. On observait en même temps une coloration violacée ou noirâtre de la crête et du jabot des oiseaux, des taches ecchymotiques sur l'abdomen, un écoulement de sérosité noirâtre par les narines. Enfin, plus tard les animaux s'affaissaient complètement ou succombaient au milieu de mouvements convulsifs. Ces expériences, sans jeter aucun jour sur l'ergotisme gangréneux, établissent pour la plupart que ces animaux succombent à des phénomènes nerveux toxiques.

Les recherches expérimentales faites sur l'homme et l'usage thérapeutique du seigle ergoté n'éclaircissent pas davantage la question. Dans les expériences rapportées par Millet, et où le seigle ergoté a été administré à la dose de 1 à 5 grammes, on a constaté de la sécheresse de la gorge, une soif vive, de la dilatation des pupilles, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements, des nausées, des vomissements, et une tendance marquée à l'assoupissement.

Si l'expérimentation ne prouve pas d'une façon péremptoire l'influence du seigle ergoté sur le développement de la gangrène, il reste l'observation des malades et le rapprochement de faits nombreux qui établissent, comme cause prédominante de ces accidents gangréneux, l'alimentation par le seigle ergoté.

Quant au mode d'action intime de l'ergot, il nous est tout à fait inconnu.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de cette gangrène ne peut s'établir que d'après les commémoratifs et le développement d'accidents nerveux concomitants.

PRONOSTIC. — C'est là une gangrène grave. L'étendue du sphacèle, le long usage du seigle ergoté, la proportion élevée de ce principe vénéneux dans le pain, tout cela augmente encore la gravité de ces accidents. Dans une épidémie de 1690, il mourut plus de trois cents personnes à Fiesole; l'ergotisme était convulsif et gangréneux. Mais le plus souvent le nombre des morts a été moins considérable dans tous ces foyers d'intoxication.

TRAITEMENT. — La gangrène par le seigle ergoté doit disparaître un jour par une bonne culture et par quelques mesures administratives; mais lorsque ces accidents se développent, la thérapeutique est fort incertaine.

On fera immédiatement cesser l'emploi du pain de seigle ergoté, et l'on administrera un vomitif. Cette médication a paru souvent avantageuse. Les toniques et les excitants sont ensuite prescrits; c'est à ce titre qu'on peut utilement employer l'infusion de café, le vin de quinquina, etc.

Les autres médications sont insuffisantes, mais la saignée est dangereuse. Quant au traitement local, il n'offre aucune indication particulière.

On ne devra point opérer avant la limitation de la gangrène, et, cela fait, on se bornera à enlever la plus grande partie des tissus sphacelés, en ayant soin de confier au temps l'élimination spontanée des restes de membres momifiés.

§ IV. — Gangrènes virulentes.

Les affections virulentes, comme la morve, la pustule maligne, le charbon, s'accompagnent d'accidents gangréneux qu'il ne faut point omettre de mentionner dans cette étude générale sur la gangrène. Mais c'est à propos de chacune de ces maladies en particulier que nous étudierons cette mortification spécifique des tissus.

ARTICLE X.

DE L'ULCÉRATION ET DES ULCÈRES.

L'ulcération est un travail pathologique, le plus souvent spontané, qui se produit à la surface ou dans la profondeur de nos tissus, et donne lieu à des solutions de continuité suppurantes qui ont pendant un certain temps moins de tendance à se cicatriser qu'à s'étendre ou à rester stationnaires. On désigne sous le nom d'*ulcères* ces solutions de continuité.

Avant d'exposer la symptomatologie de l'ulcération, nous allons dire quelques mots des diverses théories par lesquelles on a essayé de se rendre compte de la formation des ulcères.

J. Hunter, et avec lui quelques chirurgiens anglais contemporains, ont cherché à assimiler certaines phrases du travail inflammatoire à ce qui arrive dans la nutrition normale par le double mouvement de composition et de décomposition des tissus. C'est ainsi qu'ils ont vu dans la sécrétion de la lymphe plastique et dans son organisation un résultat du mouvement de composition, et qu'ils ont désigné ce travail sous le nom d'*inflammation adhésive*. Mais si les tissus vivants subissent au contraire un mouvement de retrait, ils considèrent cet autre phénomène comme produit par une absorption à laquelle Hunter assigne des noms différents. Ainsi la diminution graduelle d'un organe sain sans que sa forme soit altérée, comme l'atrophie du testicule ou de la mamelle, a paru la conséquence d'une *absorption* qu'on appelle *interstitielle*; si le travail de destruction, commencé vers un point, s'étend peu à peu aux parties contiguës, Hunter le désigne sous le nom d'*absorption progressive*. C'est en vertu de cette absorption

que les corps étrangers cheminent à travers nos tissus et gagnent la surface de la peau ; c'est par elle aussi qu'on explique comment des anévrysmes, des polypes, peuvent user les surfaces osseuses et s'y creuser des cavités souvent profondes. Cependant remarquons bien que jusqu'alors ces changements moléculaires dans les tissus ne sont accompagnés d'aucune excrétion, purulente ou autre, et que rien en cela ne contredit nos idées générales sur l'absorption ; mais pour Hunter l'ulcération est un phénomène analogue aux précédents, c'est l'absorption progressive avec formation de pus. Cette absorption ulcérate que l'inflammation fait naître, il la désigne encore sous le nom d'*inflammation ulcérate*.

Si Hunter a pu expliquer par l'absorption l'atrophie de certains organes et même l'amincissement progressif des foyers purulents, il éprouve un embarras évident à y rattacher l'ulcération qui attaque une surface externe. D'ailleurs, les preuves alléguées en faveur de la doctrine huntérienne sont loin d'être satisfaisantes. C'est d'abord l'absence supposée de tout détritit sur les surfaces ulcérées et l'identité apparente du liquide sécrété par ces surfaces dans diverses régions et dans divers tissus. Cette supposition est sans valeur, car l'observation démontre, à l'œil nu comme au microscope, des différences profondes dans la nature des liquides sécrétés à la surface des plaies et des ulcères. On allègue encore, en faveur de l'*absorption ulcérate*, la facilité avec laquelle sont absorbés les liquides qu'on dépose à la surface des ulcères ; mais ne sait-on pas qu'à la surface des plus simples plaies cette absorption se manifeste également bien ? Il semblerait même, d'après une observation de Miller (1), que l'absorption serait faible durant l'ulcération aiguë, tandis qu'elle serait plus énergique dans la période de réparation de l'ulcère. Dans le premier cas, un narcotique puissant, sous forme liquide, pourrait être presque impunément appliqué sur la partie ulcérée, et il n'en serait pas de même dans le second. On a encore mis en avant, pour soutenir l'absorption ulcérate, la disparition de certaines parties devenues inutiles, comme les alvéoles des dents ; mais il s'agit ici de changements moléculaires qui se passent dans la trame des tissus, sans produits ichoreux, et qui ne peuvent être assimilés au phénomène de l'ulcération.

Qu'est donc l'ulcération dans la doctrine opposée à celle de Hunter ? C'est une sorte de gangrène moléculaire. Quand on examine avec soin un de ces ulcères simples, à marche lente et à sécrétion peu abondante, on voit sur le derme des érosions fractionnelles qui limitent des îlots d'une peau ramollie qu'un instrument moussé détache facilement. Ces érosions du derme sont le résultat d'une élimination lente et moléculaire des parties, d'une véritable gangrène. Cette doctrine, soutenue en France par Vidal, s'appuie sur des raisonnements et sur des faits peu favorables à la doctrine de Hunter.

L'ulcération, comme la gangrène, résulte souvent de l'inflammation ou

(1) *Principles of Surgery*, p. 114.

coexiste avec elle ; or dans les parties enflammées l'absorption est de beaucoup diminuée, si elle n'est point tout à fait suspendue. Si, ajoute-t-on, l'ulcération consistait en une simple absorption, pourquoi s'accompagnerait-elle toujours d'une excrétion purulente ? Enfin, certains tissus résistent énergiquement à l'absorption, mais ils s'ulcèrent avec une grande facilité. Telles sont certaines tumeurs cancéreuses. Ces deux phénomènes, l'absorption et l'ulcération, semblent dès lors manifestement opposés. Mais s'il fallait une preuve plus directe, ne la trouverions-nous pas dans l'examen des matières excrétées par les ulcères. Dans l'ichor cancéreux, on retrouve des cellules identiques avec celles qui forment la base de la tumeur, et dans le pus des ulcères des os on voit des parcelles osseuses spontanément éliminées.

Sans attacher une plus grande importance à ces vues théoriques, nous inclinons à penser que l'ulcération n'est qu'une gangrène moléculaire, et cette opinion nous paraît rendre compte de certains phénomènes qui échappent à la théorie huntérienne.

Mais quelle que soit la théorie qu'on adopte, qu'on voie dans l'ulcération le résultat d'une absorption ou une véritable gangrène, on ne saurait confondre, comme l'ont fait quelques auteurs, les *ulcères* avec les *plaies*. Il importe donc d'établir tout de suite ces différences et d'indiquer entre les deux lésions les points de ressemblance qui les ont fait confondre ensemble.

De la Motte et J.-L. Petit appelaient ulcère toute solution de continuité de laquelle découlait du pus, de la matière puriforme, sanieuse ou autre. J.-L. Petit ajoute : « Qu'une plaie ne se réunisse pas en vingt ou trente heures, que par conséquent elle suppure et qu'il s'y forme une cicatrice sensible, cette solution de continuité suppurante n'est plus une plaie, mais un ulcère (1). » B. Bell, dans son *Traité des ulcères*, se rattache à cette définition, qu'adopte aussi S. Cooper, et que nous trouvons reproduite par quelques auteurs français qui n'y ont sans doute pas réfléchi. Des différences essentielles, fondamentales, séparent cependant l'ulcère de la plaie. La plaie est une lésion accidentelle due à une action extérieure avec ou sans perte de substance, et qui s'accompagne de sécrétions plastiques destinées au rapprochement ou à la réparation des parties. Le phénomène primordial est donc ici la tendance à la réparation, et dans une plaie simple cette tendance se manifeste au commencement et à la fin. Il n'en est point de même dans la formation des ulcères. Ces solutions de continuité, dues le plus souvent à une disposition intérieure de l'organisme, s'accompagnent toujours d'une destruction de tissus qui marche souvent longtemps avant de s'arrêter. Il n'y a en vérité, entre l'ulcère et la plaie, de symptômes communs que la solution de continuité et la sécrétion puriforme ; mais l'essence de la lésion est différente.

Frappé sans doute par quelques-unes de ces différences, Boyer admettait

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, édit. Pigné, p. 505.

que la plaie est une solution de continuité *qui tend vers la guérison*, tandis que l'ulcère *persiste* indéfiniment, entretenu par quelque vice local ou par quelque cause interne qui en retarde ou en empêche la guérison. Ces caractères ne suffisent pas pour séparer la plaie de l'ulcère ; car, si on les adopte, il en résulte que toute plaie qui ne se cicatrise point est un ulcère, et qu'il faut y ranger aussi les collections purulentes et les fistules, dont certaines dispositions locales retardent la cicatrisation. Si l'on veut conserver à l'ulcération sa physionomie propre, son caractère essentiel tiré de la destruction des parties vivantes sous l'influence d'une altération spontanée et progressive des tissus, on doit en séparer les fistules et les clapiers purulents de difficile cicatrisation. Ce sont là des phénomènes d'un ordre vital bien distinct.

Mais cette séparation bien établie, il faut reconnaître que certaines plaies deviennent ulcéreuses comme les ulcères qui se réparent prennent le caractère des meilleures plaies. Ce sont là des phénomènes secondaires que nous étudierons plus loin.

Nous définirons donc l'ulcère une solution de continuité avec perte de substance, qui s'ouvre à l'extérieur et sécrète une matière puriforme, mais dont le caractère fondamental est de naître et de se développer par une destruction et une élimination successives des tissus vivants.

HISTORIQUE. — Depuis le livre d'Hippocrate sur les ulcères, il a été publié un très-grand nombre de travaux sur ces affections. Voici les plus importants :

BENJ. BELL, *A Treatise on the Theory and Management of Ulcers*. Edinburgh, 1778, traduit en français par Bosquillon, Paris, 1803. — UNDERWOOD, *Surgical Tracts containing a Treatise on Ulcers of the Legs*, 1787. — BAYNTON, *Descriptive Account of a New Method of Treating Old Ulcers in the Legs*. London, 1797. C'est là qu'on trouve la première description méthodique du traitement des ulcères par le pansement qui porte le nom de Baynton. — PARENT-DUCHATELET, *Recherches sur la véritable cause des ulcères qui affectent fréquemment les extrémités inférieures d'un grand nombre d'artisans de la ville de Paris (Annales d'hygiène publique, 1830, t. IV, p. 239)*. — PH. BOYER, *Rapport au conseil des hôpitaux sur le traitement des ulcères au bureau central*. Paris, 1831. — CONTÉ, *Recherches sur le traitement des ulcères des jambes (Archives générales de médecine, 1843, t. III, p. 157)*. — CRITCHETT, *Lectures in The Lancet*, 1849. — VIDAL, *Traité de pathologie externe*, 4^e édit., t. I, p. 423. — CHAPMAN, *The Treatment of Ulcers and Cutaneous Eruptions of the leg Without Confinement* (third edition, 1859).

DIVISION DES ULCÈRES. — On chercherait vainement dans les chirurgiens anciens une classification méthodique des ulcères, car des circonstances souvent insignifiantes suffisaient seules à les distinguer. Il n'y aurait donc aucune utilité à rappeler ici des dénominations bizarres, comme celles d'ulcères *téléphiens*, *chironiens*, etc., et il faut venir jusqu'à B. Bell pour trouver l'idée d'une division qu'on peut encore utiliser de nos jours. Le chirurgien d'Édimbourg établit deux classes générales d'ulcères : dans la première il comprend tous ceux qui sont purement locaux et qui ne dé-

pendent d'aucune maladie générale ; dans la seconde, il place tous les ulcères qui sont l'effet de quelque désordre de la constitution. De là donc des ulcères locaux et des ulcères généraux.

Les ulcères locaux sont, pour B. Bell : 1^o l'ulcère *purulent simple*, affection purement locale qui reconnaît pour cause tous les accidents externes qui se terminent par suppuration, et auxquels succède une solution de continuité ; 2^o l'ulcère *simple vicié*, qui diffère du précédent par l'apparence de l'écoulement ; 3^o l'ulcère *fungueux*, 4^o l'ulcère *sinueux* (clapiers, fistules), 5^o l'ulcère *calleux*, 6^o l'ulcère *carieux*, 7^o l'ulcère *cancéreux*, 8^o l'ulcère *cutané* ou *dartreux*. Les ulcères généraux sont : 1^o l'ulcère *vénérien*, 2^o l'ulcère *scorbutique*, 3^o l'ulcère *scrofuleux*. Boyer conserva à peu près la division générale de B. Bell, malgré ses frappantes imperfections ; mais Delpech ne décrit pas comme ulcères ceux qui tiennent à un état diathésique : 1^o les *ulcères vénériens*, 2^o les *ulcères scrofuleux*, 3^o les *ulcères scorbutiques*, 4^o les *ulcères dartreux*. Nous ne passerons point tour à tour en revue les autres classifications des ulcères, car la plupart renferment sous des dénominations différentes les idées générales de B. Bell. Le principe fondamental de la division proposée par le chirurgien d'Édimbourg nous paraît devoir être conservé, et nous admettrons des *ulcères locaux* et des *ulcères diathésiques*. Le type des premiers, c'est l'ulcère simple, qui peut se compliquer d'atonie, de douleurs vives, d'inflammation, de varices, d'un état gangréneux, de fongosité, de callosité ; ces complications doivent être l'objet d'une étude attentive, mais elles ne justifient pas autant de dénominations distinctes.

Les ulcères diathésiques peuvent se diviser en : *ulcères vénériens*, *ulcères morveux*, *ulcères dits scrofuleux* et *ulcères scorbutiques*. Mais nous ne pouvons pas faire ici l'étude des ulcères vénériens, car leur histoire soulève une foule de questions de doctrine que nous réservons pour l'article consacré à la *syphilis*. Les ulcères qui surviennent dans la *morve* trouveront mieux leur place dans l'étude générale de cette maladie. Sous la dénomination d'ulcères scrofuleux, nous étudierons spécialement ces ulcérations atoniques, à marche lente, qu'on voit survenir sur des jeunes gens ou des adultes qui possèdent les signes de la constitution scrofuleuse. Les ulcères scorbutiques n'ont point besoin d'être définis ; nous les décrirons ici, puisque nous ne ferons pas d'article sur le scorbut. Quant aux ulcères qu'on a appelés symptomatiques, et qui reconnaissent pour origine une altération comme la carie ou le cancer, c'est à l'histoire de ces diverses maladies qu'il faudra les examiner.

En résumé, nous nous bornerons à étudier : 1^o les *ulcères simples*, 2^o les *ulcères scrofuleux*, 3^o les *ulcères scorbutiques*.

§ 1^{er}. — **Ulcères simples.**

Sous ce nom, nous décrivons des ulcères locaux qui ne sont ni symptomatiques ni diathésiques, et nous avons surtout en vue les ulcères si fréquents des jambes. Ces ulcères, que Richerand appelait atoniques, ont été divisés en plusieurs espèces, d'après la présence de certaines conditions qui leur impriment une physionomie distincte. Nous étudierons d'abord le type de l'ulcère simple dans ces ulcérations qui siègent aux jambes, n'envahissent que la peau, ont une marche lente et ne se compliquent ni d'une inflammation vive, ni de gangrène, ni de varices, etc.

ÉTILOGIE. — L'ulcère simple peut se montrer dans les diverses régions du corps, mais c'est aux membres pelviens et surtout à la jambe qu'on le voit de préférence. Pouteau avait déjà remarqué que sur 10 ulcères aux jambes il y en a 7 à la jambe gauche. Richerand vérifia ce fait sur les conscrits, et les relevés statistiques de Parent-Duchâtelet et de Ph. Boyer l'ont mis hors de doute. Ce dernier, sur un relevé de 227 ulcères, en trouve 133 à gauche et 94 à droite. Sur 35 malades observés par Blandin, 27 portaient leur ulcère à gauche. La statistique a également appris que les ulcères affectaient de préférence le côté interne du membre et son tiers inférieur.

La fréquence des ulcères aux membres pelviens tient à des causes prédisposantes et à des causes déterminantes. Parmi les causes prédisposantes, nous indiquerons surtout un certain état œdémateux amené par la déclivité des parties et par la résistance qu'éprouve le sang veineux dans sa marche ascendante. Cet œdème trouve sa source dans la station debout qu'exigent certaines professions, comme celles de serrurier, imprimeur, cuisinier, etc.; aussi les ulcères sont-ils fréquents chez ces ouvriers. Un milieu humide et froid a paru à quelques chirurgiens favoriser le développement des ulcères; mais Parent-Duchâtelet a mis en doute cette influence, et Ph. Boyer adopte son opinion.

Les ulcères des jambes sont de beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Ainsi, sur un relevé de 237 ulcères, on trouve 187 hommes et 50 femmes. C'est entre trente et quarante ans qu'on voit dans les deux sexes le maximum des ulcères. La raison de ces chiffres se trouve dans l'activité plus grande de l'homme à l'âge moyen de la vie, car alors il s'expose plus que dans un âge avancé aux causes déterminantes des ulcères.

Certaines dispositions locales, comme les varices, peuvent encore favoriser le développement des ulcères. Mais il n'avait point échappé à Boyer que les plaies qui atteignent les membres variqueux se cicatrisent bien lorsqu'il n'existe pas d'œdème préalable. Au contraire, la moindre excoaration suffit à faire naître un ulcère sur un membre variqueux et œdématisé.

D'autres conditions débilitantes, comme un âge avancé, une constitu-

tion délabrée et des excès de tout genre, enlèvent aux tissus leur plasticité. La moindre contusion suffit alors à produire un ulcère.

Existe-t-il quelque cause qui détermine la plus grande fréquence des ulcères au membre inférieur gauche? Pouteau expliquait ce fait par la compression que l'S iliaque du côlon exerce sur la veine iliaque correspondante; cette compression favoriserait à gauche le développement des varicules et des varices, et par ces varices l'ulcération. Richerand croyait trouver une raison de cette fréquence des ulcères à gauche dans la faiblesse originelle du côté gauche; mais on n'a point démontré que chez les gauchers les ulcères soient plus fréquents à droite. Enfin, Ph. Boyer croit que le membre gauche est plus souvent atteint par les ulcères parce qu'il est porté en avant pour élargir la base de sustentation chez les ouvriers qui travaillent debout et se servent de leurs membres supérieurs. Dans cette situation en avant, le membre a plus souvent à souffrir des chocs qui atteignent de préférence la partie inférieure et interne, parce que c'est cette partie qui se présente toujours la première.

Nous pensons que toutes ces causes agissent à la fois, et nous n'adoptons aucune explication à l'exclusion des autres.

Quant aux causes directes, déterminantes de l'ulcère, il est plus facile de les saisir. Tantôt à la suite d'une fatigue, le membre s'œdématie, il rougit, et un érysipèle devient souvent la cause première de l'ulcération; tantôt c'est une contusion, une plaie légère, une brûlure, un petit abcès; enfin, on voit quelquefois l'ulcère remplacer une plaie simple, soumise à des pansements irritants ou mal faits.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous réunirons, dans ce paragraphe, la description de l'ulcère sur l'homme vivant, et quelques-unes des données que fournit l'anatomie pathologique.

Le début de l'ulcère simple est assez souvent difficile à saisir, car les malades ne donnent à cet égard que des renseignements vagues. On peut toutefois reconnaître divers modes d'origine. Dans certains cas, l'ulcère naît d'une plaie dont les bords se gonflent, dont les bourgeons charnus se ramollissent ou disparaissent, et qui ne donne plus lieu qu'à une suppuration peu abondante et fétide. Un ulcère a donc succédé à une plaie. Ce changement ne s'effectue guère sans un cortège de douleurs assez vives. On reconnaît cette transformation aux modifications énoncées ci-dessus et à un agrandissement manifeste de la perte de substance.

Dans d'autres cas, les ulcérations sont spontanées; mais leur mode de développement n'en est pas moins varié. Tantôt survient une rougeur érysipélateuse, avec chaleur, tension et état luisant de la peau; de vives démangeaisons engagent le malade à se gratter, le derme ne tarde point à être mis à nu, et l'ulcère prend ainsi naissance. Tantôt c'est au-dessous d'une phlyctène qu'apparaît l'ulcération. On voit, dans d'autres cas encore, un point induré du derme se ramollir, s'abcéder, et donner lieu à un ulcère. Enfin, nous avons tous vu des ulcères simples succéder à une inflammation gangréneuse du derme. Des eschares partielles de la peau