

à quarante ans; plusieurs fois on a noté la coexistence de tumeurs identiques dans deux ou même dans trois générations d'une même famille.

La tumeur initiale, dure, indolente, croissant lentement, a toutes les apparences de la bénignité; elle peut rester unique et de petit volume pendant des années; quelquefois elle prend un développement considérable et en vient à former une masse énorme, bosselée et lobulée, adhérente au squelette qu'elle érode⁽¹⁾. Dans d'autres cas, et ce sont ceux qui ont surtout attiré l'attention en raison de l'aspect spécial qu'ils donnent aux malades, des tumeurs secondaires naissent au voisinage ou à quelque distance de la première et finalement, par leur accroissement et leur multiplication, arrivent en peu d'années à couvrir tout le cuir chevelu, quelquefois le front et les épaules, d'innombrables saillies confluentes, fermes et élastiques, du volume d'un haricot à celui d'une mandarine ou d'une bille de billard, sessiles ou étranglées à leur base. La peau qui les recouvre est distendue, pâle ou violacée, quelquefois érodée, mais il n'y a pas de tendance à l'ulcération du néoplasme lui-même. On note parfois que certaines de ces tumeurs provoquent, par compressions nerveuses, des douleurs intenses. Les néoplasmes paraissent s'accroître dans leur masse plus que par envahissement; les tumeurs successives ont l'air de naître indépendamment les unes des autres. Les récidives après ablation ne sont pas communes; selon Malassez on les constaterait dans un cinquième des cas, la reproduction étant alors très rapide. Il est bon d'être prévenu que, contrairement à l'opinion de Dubreuilh et Auché, cette forme de tumeurs peut affecter un caractère malin et donner lieu à des noyaux secondaires dans les ganglions, dans les viscères et dans le squelette; cela est toutefois exceptionnel.

En somme le cylindrome, appelé à tort endothéliome, ce qui nous a conduit à nous en occuper à cette place, est une forme d'épithéliome spéciale cliniquement et histologiquement. Sa provenance des follicules pilo-sébacés ou de l'épiderme n'est pas démontrée et il est possible qu'il prenne naissance dans des débris épithéliaux, peut-être glandulaires, datant de la période embryonnaire. Le caractère assez souvent familial de ce genre de néoplasmes plaiderait en faveur de l'opinion qui en place l'origine dans une malformation.

CHAPITRE III

I

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DES TUMEURS DE LA PEAU

Le diagnostic des tumeurs comporte deux questions : 1^o la néoplasie dont il s'agit est-elle bien une tumeur? 2^o dans le cas de l'affirmative, à quelle espèce de tumeur a-t-on affaire?

(1) DU CASTEL, Cylindrome de la région parotidienne. *Ann. de dermat.*, 1897, p. 187.

1^o Il y a lieu tout d'abord de se demander si l'on ne serait pas en présence d'une néoformation de nature inflammatoire, et je crois avoir montré au cours du présent article combien la limite est peu tranchée entre bon nombre de ces néoplasies et les néoplasmes proprement dits. En dehors des caractères particuliers à chaque espèce, la tendance à persister et à s'accroître indéfiniment est le seul trait général qui distingue ces derniers; encore est-il bien souvent en défaut.

Les tuméfactions dues aux *traumatismes*, bosses sanguines, corps étrangers de la peau, ont une étiologie révélatrice. On devra aussi songer en première ligne aux *abcès* dont l'aspect clinique est si variable suivant leur cause, la virulence de leur agent pathogène et leur topographie. L'erreur serait peu grave de prendre une loupe enflammée et ramollie pour un abcès; mais il est plus sérieux d'inciser un sarcome mou ou avec kyste hémattique, en croyant avoir affaire à une collection purulente, comme cela est arrivé à maint chirurgien. « Certains, dit Delbet, phlegmons chroniques ressemblent aux sarcomes à s'y méprendre ». En raison de l'absence de réaction générale, du peu d'élévation de la température locale, du retard de la fluctuation qui d'ailleurs n'a pas de signification absolue, « il y a des cas où ce diagnostic présente des difficultés presque insurmontables ».

On rencontre aussi des sortes de *bourgeons charnus* persistants, notamment au pourtour des orifices muqueux, lèvres, paupières, oreilles, organes génitaux, qui peuvent en imposer absolument pour des papillomes, épithéliomes ou lympho-sarcomes. Ils sont probablement proches parents des botryomycomes. Il est prudent d'en délivrer le malade et d'en faire l'examen histologique.

Ce sont surtout les néoplasies infectieuses spécifiques, à marche chronique, que l'on est exposé à confondre avec des tumeurs, et notamment celles dues à la *syphilis*. Les *gommés*, à certains de leurs stades, peuvent ressembler à des sarcomes ou à des kystes, et leur évolution est parfois assez traînante, les antécédents sont assez peu significatifs pour justifier une hésitation sérieuse.

Insister ici sur le diagnostic parfois si délicat de certaines *néoplasies ulcéreuses de la face* par exemple, m'entraînerait beaucoup trop loin. Je rappelle seulement que, dans bien des cas, on est appelé à discuter les hypothèses les plus diverses, telles que chancre syphilitique, syphilome tertiaire, ulcère tuberculeux ou lupique, farcin, rhinosclérome, actinomycose, épithéliome ou lymphosarcome! Les éléments d'un jugement sont tirés de nuances symptomatiques, ou de caractères d'évolution, ou encore d'examen microscopiques ou biopsiques; leur valeur respective se trouve indiquée aux articles spéciaux traitant de ces diverses affections.

Un autre ordre de faits qui peuvent plonger le clinicien dans l'embarras est celui des *petites tumeurs bénignes et multiples de la peau*. J'essaierai d'indiquer plus loin sur quelles bases est fondé le diagnostic entre leurs diverses espèces, et ne parle pour le moment que de leurs analogies avec des nodosités qui ne sont pas des tumeurs. Cette ressemblance peut être parfaite. Tous les dermatologistes qui ont vu par exemple des hidradénomes du thorax ont été frappés

de l'identité objective qu'elles présentent avec des *syphilides papuleuses*; mais la topographie de l'éruption, régionale dans un cas, diffuse dans l'autre, et sa durée persistante ou temporaire, à la vérité tranchent la question, et il en est de même dans beaucoup de cas pareils.

Les *tuberculides nodulaires* constituent de leur côté un tableau clinique que l'on pourrait être fortement tenté de rapporter à une sarcomatose. J'ai indiqué ci-dessus qu'on les avait même décrites comme telles sous le nom de sarcoïdes.

2° *A quelle espèce de tumeurs a-t-on affaire?* — Dans la discussion de cette question, il est indispensable de faire entrer en ligne de compte les tumeurs dont je n'ai pas eu à m'occuper au cours de cet article, leur étude ayant été disjointe, tels que les papillomes, adénomes, nævi, épithéliomes, angiomes, et même des néoplasies que l'usage en sépare, qui mériteraient cependant à bien des égards de figurer parmi les néoplasmes, tels que les xanthomes et l'urticaire pigmentée.

Mais pour ne pas allonger outre mesure ce paragraphe, je me bornerai à donner quelques indications sommaires sur les éléments qui servent de base au diagnostic différentiel des diverses tumeurs de la peau.

Ils sont tirés des caractères individuels objectifs de chaque néoplasme, de son évolution, du nombre des néoformations, de leur distribution topographique; enfin lorsque les symptômes cliniques sont insuffisants, il reste la ressource de la biopsie.

A cet égard il faut relever tout d'abord qu'un certain groupe de tumeurs se signalent d'emblée par un ensemble de symptômes qu'on peut appeler les *caractères de la malignité*. On peut les résumer en ceci : rapidité du développement, de l'accroissement et parfois de la multiplication; envahissement ne restant pas limité à une même couche, telle que le chorion ou l'hypoderme par exemple, mais s'étendant à des tissus différents, épiderme, tissu fibreux, tissu adipeux, vaisseaux, nerfs, muscles et os; corrélativement ces tumeurs ont souvent une température locale un peu élevée, des vaisseaux sanguins dilatés rampent à leur surface, des hémorragies interstitielles peuvent se produire dans leur intérieur, souvent elles deviennent le siège de douleurs lancinantes très pénibles. Au point de vue de la tendance à l'ulcération et de la tendance à se propager aux ganglions, l'une et l'autre sont très accusées dans le groupe des épithéliomes et lymphosarcomes, variables dans les nævo-carcinomes, presque nulles dans les sarcomes.

Mais toutes les tumeurs malignes sont sujettes à récidiver après une ablation incomplète, qui souvent leur donne un « coup de fouet », et aboutissent à la généralisation viscérale, à la cachexie et à la mort.

Aux *tumeurs bénignes* appartiennent des caractères opposés.

Pour distinguer entre elles les diverses espèces, on peut être guidé par les considérations suivantes :

Si le *volume* des néoplasmes d'une même catégorie peut varier dans des

limites étendues, il en est cependant, tels que les adénomes, myomes, kystes qui ne dépassent pas certaines dimensions; au contraire, certains lipomes, fibromes mous ou névromes plexiformes, peuvent seuls acquérir des proportions énormes. On sait que quelques sarcomes et lymphadénomes sont susceptibles de diminuer de volume et même de disparaître sans laisser de trace.

Le *siège* initial dans tel ou tel étage de la peau, la *saillie* et surtout la tendance à la *pédiculation* peuvent fournir des renseignements utiles.

D'autres indications précieuses découlent de la *couleur* de beaucoup de néoplasmes : les xanthomes sont jaunes; certains adénomes et kystes épidermiques blancs; l'urticaire pigmentée, de nombreux nævi, les nævo-carcinomes, la sarcomatose de Kaposi, ont des teintes plus ou moins foncées; la teinte ardoisée appartient souvent à des angiomes hypodermiques, à des tumeurs de molluscum, à certains sarcomes et à certaines loupes; les kystes sudoripares sont translucides.

Quelquefois la *consistance* des néoplasmes est significative; les sarcomes, myxomes, xanthomes, lipomes, fibromes molluscum sont mous; les angiomes et lymphangiomes sont plus ou moins réductibles; les myomes, de consistance variable suivant les moments; les kystes, très durs et bien limités quand ils sont tendus, peuvent être fluctuants au contraire s'ils sont moins remplis; certains fibromes ou pseudo-névromes paraissent aussi durs que des tumeurs calcaires. La dureté relative du bourrelet des épithéliomes est un de leurs bons caractères.

A propos des pseudo-névromes, j'ai parlé du symptôme *douleur* dans les tumeurs bénignes.

La *multiplicité* des néoplasmes cutanés ou sous-cutanés ne saurait, pour des raisons faciles à imaginer, avoir de valeur diagnostique absolue. Cependant, relevons que l'épithéliome est souvent unique, qu'il en est de même du sarcome et du nævo-carcinome au début, ainsi que des kystes dermoïdes et traumatiques; que les tumeurs les plus multiples, si l'on peut ainsi parler, sont les fibromes mous et les lipomes.

Le *siège topographique* intervient plus qu'on ne croit, car on en tient compte inconsciemment, dans l'opinion qu'on se fait de la nature des tumeurs; qu'il me suffise de rappeler les données relatives aux sièges habituels des adénomes, kystes dermoïdes, loupes, hydrocystomes, épithéliomes, névromes, xanthomes et cylindromes.

En somme, en matière de tumeurs cutanées, il arrive d'ordinaire que l'un des symptômes que je viens de passer en revue, ou mieux l'association de plusieurs de ces symptômes, suggère une hypothèse; l'examen approfondi et réfléchi vient plus ou moins confirmer cette première impression. Mais malgré tout, et principalement lorsque le moment est venu de passer de la spéculation à l'action, c'est-à-dire au traitement, on s'aperçoit fréquemment que l'on conserve un doute, une hésitation, une arrière-pensée.

Il reste alors une ressource précieuse pour sortir d'embarras, c'est la *biopsie*, c'est-à-dire l'excision d'une tumeur ou d'un fragment de tumeur en

vue d'un examen histologique. J'ai dit ailleurs ⁽¹⁾ que, facultative en cas de tumeurs multiples de nature évidemment bénigne, elle s'impose comme un devoir formel et pressant dès qu'il y a suspicion de tumeur maligne. Presque toujours elle permet de poser un diagnostic ferme dont découlent les indications du traitement.

II

TRAITEMENT

En principe, toute tumeur constituant un état pathologique, il est préférable d'en débarrasser le malade. Toutefois, dans la détermination à prendre, une foule de considérations interviennent qui sont d'un ordre absolument différent, selon qu'il s'agit de tumeurs malignes ou de tumeurs bénignes.

En cas de *néoplasme de mauvaise nature*, il semblerait que l'ablation ou la destruction fussent toujours imposées; et cependant on a parfois les mains liées par l'extension que la tumeur a acquise déjà et l'importance corrélative de la mutilation nécessaire, par la certitude ou la probabilité grande d'une généralisation désormais accomplie, ou simplement par la crainte du coup de fouet à l'évolution que donne dans certaines formes une extirpation même large et en apparence suffisante. Ces questions ayant été discutées aux articles *Épithéliomes*, *Nævi* et *Sarcomes*, je puis me borner à y renvoyer le lecteur.

Pour les *tumeurs bénignes*, le traitement est souvent facultatif, soumis au désir et aux convenances du malade. On peut être conduit à intervenir pour une des raisons suivantes: la douleur spontanée ou provoquée dont certains néoplasmes sont le siège, douleur qui peut être franchement intolérable; la gêne que d'autres provoquent par leur volume, leur nombre ou leur siège, le trouble qu'ils apportent à certaines fonctions, à certains mouvements ou actes professionnels, ou au port des vêtements usuels; enfin le caractère désobligeant, affligeant, ou même obsédant chez quelques malades, que prend une affection inesthétique, attirant la vue, provoquant les quolibets et qui nécessairement sera persistante.

Je vais passer en revue les moyens thérapeutiques dont on dispose en me limitant aux espèces néoplasiques dont le traitement n'a pas été exposé ailleurs.

L'*ablation chirurgicale* sanglante est de nos jours incontestablement, depuis que l'antisepsie et l'asepsie l'ont rendue toujours inoffensive, la méthode de choix pour le traitement des kystes à contenu sébacé, ainsi que des fibromes, pseudo-névromes, lipomes, etc., c'est-à-dire en somme des tumeurs bénignes dont on veut débarrasser le malade; l'anesthésie locale rend ici les plus grands services. On aura soin, si l'on ne peut énucléer un de ces kystes sans l'ouvrir,

⁽¹⁾ Voir l'article *Biopsie*. T. I, p. 472.

ce qui est souvent difficile, d'extirper à la curette jusqu'au dernier vestige de sa paroi, ce qui est indispensable pour une bonne réunion et pour éviter la reproduction de la poche.

L'ablation de tumeurs pédiculées telles que certains papillomes, et surtout celle des *molluscum pendulum*, se fait d'une façon très pratique au moyen du *thermocautère* ou du *galvanocautère*; ce procédé est bien préférable à l'emploi de l'*écraseur linéaire* ou de la *ligature élastique*, que réclament certains sujets par trop pusillanimes. On doit, à mon sens, résister à la tentation de détruire au thermocautère, par *volatilisation*, les petites tumeurs telles que papillomes, adénomes, nævi, en raison de l'incertitude où l'on est d'avoir détruit assez et non trop de tissus, des cicatrices plus apparentes, et de l'impossibilité d'un examen histologique de la tumeur ainsi traitée.

Les *caustiques chimiques* ont contre eux les mêmes inconvénients, et en plus la durée relativement plus longue du traitement. Je ne vois aucune indication à y avoir recours dans les tumeurs de la peau en dehors de certains papillomes et épithéliomes (voir les articles correspondants).

Les *injections interstitielles* ne méritent une mention qu'à propos d'un seul ordre de fait, celui de certains kystes. Il est évident qu'il ne saurait en être question vis-à-vis des kystes dermoïdes, ou des kystes traumatiques, justiciables comme unique traitement de l'extirpation chirurgicale, ni des hydrocystomes, dont je parlerai tout à l'heure. En revanche, à l'égard des tannes et loupes, on peut recommander la méthode inaugurée par Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, et préconisée comme traitement de choix par Lermoyez, puis par Sergent ⁽¹⁾.

Elle consiste en injections d'éther sulfurique pur, à l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée, l'aiguille étant introduite par un des orifices glandulaires visibles au sommet du kyste. L'éther est choisi comme liquide irritant et dissolvant des graisses et provoquerait la suppuration, pour Lermoyez, le ramollissement simple, pour Sergent. On injecte quelques gouttes d'éther, en laissant au besoin le gaz ressortir par l'aiguille laissée en place, et renouvelant plusieurs fois l'injection, puis on obture l'orifice au collodion. On recommence tous les jours ou tous les deux jours, et cela de 4 à 12 fois suivant le volume du kyste. Quand la poche est fluctuante et qu'une petite escarre, grande comme une tête d'épingle, s'est produite au niveau de la piqûre, on peut exprimer le contenu; il faut avoir soin, le même jour, ou peu après, d'extraire le sac en entier, ce qui se fait en le saisissant avec une pince et en rompant ses adhérences avec un stylet. L'avantage de ce procédé, peu rapide comme on le voit, est qu'il est facilement accepté par les malades craintifs, qu'il n'est nullement douloureux, non dangereux, à la portée de tous, et surtout qu'il ne laisse pas de cicatrice apparente. Il est donc applicable aux kystes de la face, à ceux du cuir chevelu chez l'homme, quel que soit leur volume, pourvu qu'ils ne soient pas trop anciens, et n'aient pas subi un commencement d'inflammation.

⁽¹⁾ EM. SERGENT, *Presse méd.*, n° 82, 50 juin 1900.

Il me reste, comme traitement local, à parler de l'électrolyse. Ses indications sont formelles dans les angiomes et les chéloïdes, ainsi qu'il a été dit ailleurs. On en a obtenu des résultats favorables dans certains adénomes, notamment les hidradénomes, dans les hydrocystomes et même, au dire de Brocq, dans certains nævi cellulaires, vis-à-vis desquels il y a lieu cependant d'être très prudent.

Le traitement général n'a vraiment pas un grand rôle à jouer dans les tumeurs de la peau. Le temps a fait justice de l'opinion qui attribuait aux iodures une action « fondante et résolutive » sur tous les néoplasmes en général. Trop souvent on administre de nos jours, d'une façon banale, l'arsenic sous une quelconque de ses formes, surtout dans les cas où la multiplicité des tumeurs semble indiquer une disposition générale aux néoplasmes (diathèse néoplasique de Verneuil); on ne saurait trop s'élever contre cette pratique que ne justifient ni la théorie, ni l'empirisme.

Quelques vagues tentatives d'opothérapie, notamment thyroïdienne, dans les tumeurs de nature manifestement nævique, dystrophique, ont donné des résultats qu'on peut tout au plus qualifier de douteux; j'en ai moi-même enregistré dans un essai de traitement de la neuro-fibromatose au moyen d'extrait surrénal.

Dans des cas de sarcoïdes, j'ai obtenu à plusieurs reprises la diminution ou la disparition momentanée des nodosités par les injections de calomel; Danlos est arrivé au même résultat par la liqueur de Fowler. Or précisément ces néoplasies ne sont pas des tumeurs.

TYLOSIS. — Étym. : de Τύλωσις, callosité. — Syn. de : cor.

Voir l'article : *Cor et durillon*, t. I, p. 656.

ULCÈRES DE JAMBE. — Voir l'article ci-après.

ULCÈRES DE JAMBE.

Par E. RIST

ULCÈRES DE JAMBE

Étym. : lat. *ulcus*, ulcère. Littré rapproche ce mot du mot grec ἕλκος.

I

HISTORIQUE

L'ulcère, d'après la définition classique, est une perte de substance qui ne montre point de tendance à la cicatrisation, ou, du moins, au niveau de laquelle le processus normal de réparation, troublé par diverses circonstances morbides, ne peut aboutir. Le mot, ainsi entendu, n'a de sens qu'au point de vue de l'anatomie pathologique générale, car il désigne toutes les pertes de substance cutanées que peuvent déterminer les affections causales les plus variées : tuberculose, morve, lèpre, syphilis, épithéliome, etc. Le terme *ulcère de jambe*, au contraire, a une signification plus restreinte : non seulement, comme nous le verrons tout à l'heure, les conditions physiologiques de la circulation dans les membres inférieurs impriment aux ulcérations de toute nature qui s'y peuvent produire, des caractères, une allure, un pronostic très spéciaux; mais encore il existe, en dehors des lésions spécifiques que nous énumérons et qui peuvent atteindre indifféremment toutes les régions du tégument, une affection bien individualisée, dépourvue de tout caractère infectieux et infectant, mais due à la coopération de causes toutes locales avec des processus dystrophiques d'ordre général, et que l'on connaît sous les noms d'ulcère simple, d'ulcère variqueux, — ou d'ulcère de jambe.

Pourtant, l'on devine bien que la connaissance un tant soit peu exacte de ce type clinique appartient à une période relativement moderne. Ce n'est pas que les ulcères de jambe — affection très bana'e et très répandue — aient échappé aux observateurs de l'antiquité : aussi bien, peut-on lire dans l'*Iliade* l'histoire de Téléphe, blessé par Achille, et dont la plaie dégénéra en un ulcère que le centaure Chiron sut guérir. A côté des ulcères téléphiens et chironiens des médecins grecs, vinrent s'en placer une foule d'autres, de description confuse et d'étiologie fantaisiste. Mais c'est en Angleterre, et seulement à la fin du XVIII^e siècle, que l'étude de ces lésions fut sérieusement entreprise. Hunter imagina, pour expliquer l'ulcération, sa théorie de l'absorption ou de l'inflammation ulcération. Benjamin Bell, surtout, eut le mérite de tenter une classification étiologique des ulcères, en séparant ceux qui semblent dus à une cause purement locale de ceux qui apparaissent comme symptomatiques d'une maladie générale. Cette distinction, dans ses grandes lignes, subsiste encore aujourd'hui; mais elle est comprise de façon bien différente, car elle a