

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 ἔλκος.

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<sup>e</sup> 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

suivi toutes les fluctuations des idées médicales, depuis Bell jusqu'à nos jours; pour lui conserver son sens, il faudrait substituer au mot « général », le mot « spécifique ». Il serait sans réel intérêt de noter les étapes de cette évolution doctrinale, en reproduisant les classifications de Boyer, de Riche- rand, de Blandin, de Rigaud, ou des auteurs du *Compendium*. C'est très pro- gressivement qu'on a isolé l'ulcère chronique de jambe, lié à des troubles de nutrition du membre inférieur, qui portent à la fois sur les veines, sur les artères et sur les nerfs, — et qui produisent, outre la lésion destructive qui nous occupe, toute une série de désordres locaux, antérieurs, contemporains et consécutifs. On peut discuter encore sur la nature de ces troubles; mais il n'est plus possible de les confondre avec les lésions ulcéreuses spécifiques, infectieuses ou cancéreuses, non plus qu'avec les solutions de continuité entretenues par une lésion osseuse, par un corps étranger demeuré dans une plaie, etc.

C'est en Angleterre également, sous l'impulsion de Samuel Cooper, de Wiseman, d'Underwood, que se firent les premiers essais de thérapeutique rationnelle des ulcères. Baynton inventa le pansement au diachylon, que Roux introduisit en France en 1814, que Boyer popularisa en 1851. Marjolin, Vel- peau, Gosselin, Denonvilliers perfectionnèrent plus ou moins les méthodes anglaises. On le voit, ce sont les chirurgiens qui s'occupèrent avec prédilec- tion des ulcères de jambe, tenus en médiocre intérêt par les dermatologistes. Ceux-ci étudièrent, il est vrai, les formes que prend l'eczéma sur les membres variqueux, ou précisèrent parfois le diagnostic des gommés ou de l'ecthyma syphilitiques ulcérés d'avec les ulcères simples. Mais ce côté même de la question, abordé cependant par des médecins tels qu'Alibert et surtout Bazin, fut peut-être mieux approfondi par Verneuil. Dans beaucoup de traités — français ou étrangers — des affections cutanées, l'ulcère de jambe est décrit en quelques lignes, si même il n'est pas omis complètement.

De nos jours encore le mérite d'avoir analysé la pathogénie des ulcères de jambe revient presque tout entier aux chirurgiens. Après que Verneuil eut poussé aussi loin que possible l'étude des rapports étiologiques qui existent entre les varices et les ulcères, Terrier et ses élèves montrèrent quelle part importante prennent à tout le processus les lésions dégénératives des artères et des nerfs. Les thèses de Séjournet et de Schreider, l'article de Gilson, tous travaux inspirés par Terrier, puis les recherches de Quénu et de Reclus éta- blirent d'une façon définitive ces notions étiologiques nouvelles et fondèrent la conception moderne de l'ulcère de jambe, trouble trophique. C'est un chi- rurgien enfin, A. Broca, qui, se plaçant résolument et avec une heureuse autorité sur le terrain dermatologique, écrivit dans sa thèse inaugurale le chapitre qui manquait à nos traités spéciaux, et fit l'étude synthétique des lésions cutanées multiples qui atteignent les membres variqueux.

Tous ces travaux devaient être complétés par Jeanselme, qui consacra sa thèse à l'histoire si importante des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux.

## II

## ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Ce que nous venons de dire indique assez qu'on ne peut aujourd'hui consi- dérer l'ulcère en soi, et que cette lésion n'est qu'un des multiples phénomènes morbides caractéristiques d'une dystrophie généralisée à tous les tissus des membres inférieurs. La cause banale — traumatisme, varice rompue, vésicule eczémateuse excoriée, ou pustule d'ecthyma — qui provoque l'ulcération n'agit effectivement que sur un terrain depuis longtemps malade.

Les conditions spéciales de la circulation veineuse dans les membres de la station debout expliquent évidemment la localisation régionale du syndrome. Nous n'insisterons pas sur ces notions courantes de physiologie. Le retour du sang éprouve par l'action de la pesanteur une gêne manifeste que la perfection de l'appareil valvulaire contre-balance à l'état normal; mais, comme le prouve la prédilection de l'œdème et des varices pour les membres inférieurs, il faut peu de chose pour rompre cet équilibre. Encore ce peu de chose est-il indis- pensable pour déterminer la phlébectasie. Celle-ci disparaît avec l'obstacle circulatoire mécanique qui l'a causée, comme dans les varices de la grossesse; elle persiste, au contraire, lorsqu'elle est due à une diminution de résistance de la paroi vasculaire, à une endophlébite chronique.

La coexistence des varices et de l'ulcère crural avait été notée par les anciens auteurs. Mais, pour la plupart d'entre eux, J.-L. Petit, B. Bell, Underwood, Vidal (de Cassis), les varices étaient l'effet, et non la cause de l'ulcération. J.-C. Spender, en 1855, avait, le premier, renversé les termes de la proposition. L'opinion qu'il attaquait se justifiait en apparence par ce fait que l'on voit assez souvent l'ulcère de jambe précéder la dilatation du réseau veineux super- ficiel. Lorsque Verneuil eut démontré en 1855 que la phlébectasie débute tou- jours par les veines profondes, on en vint peu à peu, mais non sans résistance, aux idées de Spender. Non seulement les varices consécutives aux ulcères furent niées, mais encore bien des ulcères jusqu'alors dits ulcères simples furent rattachés à un état variqueux des veines profondes.

Cette première notion étiologique une fois établie, la pathogénie de l'ulcère est loin cependant d'être claire. S'il est vrai que, sur une jambe variqueuse, la moindre solution de continuité dégénère en ulcère, il reste encore à expliquer le lien qui unit les deux lésions. Le manque de vitalité des tissus tégumen- taires a été rapporté tout d'abord à la stase qu'engendre l'altération des parois veineuses. Boyer invoquait la compression qu'exercent les veines dilatées sur les lymphatiques voisins. Andral pensait que le sang veineux accumulé dans les capillaires y déterminait par sa présence une stimulation comparable à celle d'un corps étranger. Cruveilhier insistait sur l'importance de l'œdème dans l'inflammation ulcéreuse. Pourtant Delpéch, puis Verneuil reconnais-

saient qu'il n'y a pas toujours corrélation entre le volume des varices et le degré d'infiltration du tissu cellulaire; et Bulkley, Le Fort, Schwartz, faisaient voir que les grosses varices sont bien plus inoffensives que les petites varices du derme, qui, elles, mènent à l'ulcération.

On comprit peu à peu que l'œdème n'est pas l'intermédiaire obligé entre les varices et l'ulcère. Déjà Léveillé avait signalé, en 1812, le refroidissement des jambes atteintes d'ulcère variqueux. Beaucoup plus tard, en 1869, Auzillon avait montré que, lorsque la plaie est stationnaire, le membre est en hypothermie, que la sensibilité y est nettement diminuée. Verneuil, d'autre part, avait décrit les crampes auxquelles sont souvent soumis les mollets des sujets variqueux, et il en faisait, pour une bonne part, des phénomènes de compression nerveuse. Mais c'est un élève de Terrier, Séjournet, qui démontra pour la première fois le rôle important du système nerveux dans la production de l'ulcère de jambe : il établit l'existence d'altérations de la sensibilité tactile et thermique, altérations qui peuvent précéder l'apparition de l'ulcère, et rapprocha ces phénomènes de ceux qu'on observe au niveau de la peau à la suite des sections nerveuses. La preuve anatomique fut fournie ensuite par les recherches de Gombaut, et surtout par Quénu, qui rapporta, pièces en main, les troubles fonctionnels décrits par Séjournet à une véritable névrite, non pas ascendante, et partie de la solution de continuité, mais préexistant à celle-ci, et liée probablement à la dilatation des petites veinules des troncs nerveux.

A la phlébite et à la névrite, Schreider, puis Gilson devaient ajouter un troisième élément pathogénique, l'artérite. L'athérome artériel a été retrouvé en effet dans presque toutes les autopsies. Cette constatation devait nécessairement faire envisager de plus haut l'étiologie des ulcères de jambe, qui devinrent ainsi l'une des manifestations de l'arthritisme. Schreider et Gilson, étudiant avec soin les antécédents des individus porteurs d'ulcères de jambe, y décelèrent toute la série des troubles que l'on a accoutumé de rapporter à cette dénomination, la seule qui reste encore debout des anciennes diathèses : épistaxis, migraines, éruptions cutanées diverses, manifestations articulaires chroniques et déformantes, bronchites chroniques, emphysème pulmonaire, rétraction de l'aponévrose palmaire, altération des ongles, athérome généralisé, cardiopathies artérielles, néphrites interstitielles, etc.

Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse aujourd'hui de l'arthritisme, et si peu séduisant qu'il soit à notre époque de précision scientifique de placer ici une formule vague au lieu d'une notion étiologique plus matérielle, il n'en est pas moins vrai que la pathogénie de l'ulcère de jambe nous paraît plus claire, plus aisée à comprendre, depuis que nous connaissons ces nombreuses altérations concomitantes, vasculaires et nerveuses, qui déterminent l'affection. L'altération nerveuse est-elle primitive, ou bien est-elle due elle-même aux lésions des vaisseaux? Il importe peu, et nous ne savons pas du reste s'il n'y a vraiment que ces deux alternatives en présence. Comme le dit Broca, d'artères à veines, de veines à nerfs, il y a échange réciproque de mauvais

procédés, et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes des lieux de moindre résistance, à y rendre les tissus infirmes.

Nous aurons à décrire plus loin les premières manifestations cutanées de cette infirmité : eczéma, œdème, pigmentation, troubles de la sensibilité. Mais l'on se rend compte que les causes provocatrices de l'ulcération proprement dite peuvent être multiples dans leur banalité. La moindre effraction à la surface de ces tissus mal irrigués, mal innervés, profondément altérés dans leur vitalité et dans leur structure, suffit à produire une perte de substance qui s'étend et persiste pendant longtemps, sans tendance à la réparation. Des agents infectieux interviennent, cela va sans dire, pour entretenir à son niveau une inflammation chronique : les lésions lymphangitiques que l'on observe au pourtour de l'ulcère, l'engorgement constant des ganglions inguinaux en seraient déjà une preuve suffisante. C'est un peu théoriquement que l'on a voulu faire jouer un rôle prééminent au streptocoque pyogène dans ce travail infectieux. Les recherches les plus étendues sur ce point de la question — celles de Jaroslav Bukowsky, qui portent sur une centaine de cas — montrent que l'on rencontre au niveau des ulcères variqueux la flore la plus banale et la plus variée : le bacille pyocyanique, les staphylocoques, le streptocoque, le bacterium coli, le proteus, le pneumobacille de Friedländer, puis encore le micrococcus albus, le micrococcus sulfureus, le bacterium lactis aerogenes, le bacillus mesentericus, le bacillus tumescens, le subtilis, des sarcines, etc. Ces dernières espèces, purs saprophytes, disparaissent aussitôt que la plaie est mise en état de propreté. Quant aux autres, tout porte à le croire, elles ne mettent en jeu qu'une virulence minime. La vulnérabilité extrême des tissus est en effet l'élément primordial dans ce processus de nécrose moléculaire. Ce seront donc le premier traumatisme venu, ou l'excoriation de quelques vésicules d'eczéma, ou encore une folliculite, un bouton d'ecthyma, plus rarement la rupture d'une varice, parfois une application médicamenteuse intempestive, qui seront le point de départ occasionnel de l'ulcère de jambe.

Nous serons bref sur les causes prédisposantes de l'affection qui nous occupe. Elles se déduisent tout naturellement des considérations qui précèdent. C'est à l'âge moyen de la vie, entre trente-cinq et soixante ans, que l'ulcère apparaît d'ordinaire. Si Parent-Duchâtelet, dans sa statistique, donne un grand nombre de cas survenus entre dix et vingt ans, c'est qu'il distinguait mal l'ulcère variqueux des ulcérations scrofulo-tuberculeuses si fréquentes chez l'adolescent. En réalité les lésions ulcéreuses des membres inférieurs doivent être rattachées sans exception, lorsqu'on les constate avant vingt ans, à des maladies spécifiques. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, dans la proportion de trois sur quatre environ, ce qui s'explique aisément par ce fait que les professions actives sont surtout exercées par le sexe masculin. On ne saurait méconnaître en effet — bien qu'il ne faille pas l'exagérer — l'influence exercée par les métiers fatigants et surtout par ceux qui obligent à la station debout prolongée : cochers, cuisiniers, boulangers, imprimeurs,

serruriers, menuisiers, commissionnaires, forts de la Halle, terrassiers, blanchisseuses, paysans employés dans les rizières en Lombardie, etc.

Nous pensons avoir suffisamment exposé le déterminisme habituel des ulcères de jambes. Il est, on le voit, complexe, et se prolonge en multiples étapes, dont l'ulcération proprement dite n'est pas toujours la dernière. Il peut aussi, exceptionnellement, se simplifier; ou plutôt on peut voir les divers moments étiologiques qui le constituent apparaître pour ainsi dire simultanément, à la suite d'un processus aigu infectieux, qui crée à la fois et d'emblée la moindre résistance des tissus et les lésions vasculaires et nerveuses indispensables. C'est le cas des *ulcères phlébitiques* décrits par Gastou et par Cornier: ils se produisent sur les membres atteints de phlébites consécutives à des maladies infectieuses, au premier rang desquelles est la fièvre typhoïde. Ces ulcérations à début précoce évoluent du reste par la suite avec la chronicité habituelle des ulcères de jambe.

### III

#### DESCRIPTION CLINIQUE

Les altérations qui conduisent à l'ulcère de jambe sont toujours bilatérales; mais il est rare qu'elles évoluent de façon contemporaine et symétrique sur les deux membres inférieurs. Le plus souvent c'est la jambe gauche qui précède la droite. Ponteau, selon qui, « sur dix ulcères de jambe, il y en a sept à la jambe gauche », faisait remarquer que la compression de la veine iliaque gauche par l'S iliaque rempli de matières fécales pouvait entraver la circulation veineuse du membre locomoteur du même côté. Richerand invoquait, pour expliquer ce fait — qui trouve du reste son analogue dans la prédilection du varicocèle pour le cordon spermatique gauche — la débilité naturelle du côté gauche. Rappelant les divisions admises par Bordeu, Dupuis et d'autres auteurs anciens, entre l'homme droit et l'homme gauche, il montra que la cuisse, la jambe et le pied gauche ont, chez presque tous les sujets, moins de volume et de force que les mêmes parties du côté droit. Il constata aussi que les artères crurale et sous-clavière du côté droit sont presque toujours d'un calibre un peu plus considérable. Quoi qu'il en soit de cette dissymétrie, elle permet d'étudier sur la jambe prétendue saine — le malade ne venant guère consulter le médecin avant que l'un de ses membres ne soit déjà atteint d'eczéma ou d'ulcère variqueux — les altérations de la période préparatoire.

Celle qui frappe dès l'abord, c'est l'inégale répartition du pigment, qui s'accumule en certains points sous forme de larges taches arrondies ou déchiquetées, qui, sur d'autres, se dissémine en macules brunâtres rappelant assez bien une éruption de lentigo. Verneuil avait montré que ces placards sont souvent en relation avec des varices profondes, et qu'ils siègent alors

plus particulièrement au-dessus et au niveau des malléoles. Jeanselme les a vus copier fidèlement, sous forme de réseaux brunâtres, les sinuosités de la saphène interne au tiers inférieur de la cuisse. Ou bien encore ils bordent une cicatrice quelconque, consécutive à une plaie ou à un abcès.

On observe avec une égale fréquence des altérations unguéales: l'ongle se strie dans le sens de sa longueur, porte deux ou trois ressauts transversaux dans sa hauteur; terne, opaque, grisâtre, il se décompose en stratifications nombreuses, et souvent s'épaissit brusquement au sortir de sa matrice; sa face profonde, soulevée par d'abondants détritits épithéliaux, se détache de son lit. Parfois l'ongle se déforme en griffe et se dévie latéralement. Cette hypertrophie des phanères atteint aussi, cela va de soi, le système pileux qui paraît d'autant plus fourni sur la jambe réputée saine que les poils ont presque tous disparu sur la jambe occupée par l'ulcère. La sécrétion sudorale est en général augmentée à cette période; nous verrons que plus tard elle peut être diminuée.

La peau offre des altérations de dermite atrophique qui ont été bien décrites par A. Broca et par Jeanselme: à un premier degré elle est simplement amincie, surtout sur la face interne du tibia; luisante, sèche, squameuse, elle est cependant encore souple et glisse facilement sur les plans profonds. Mais plus tard, le derme, tendu sur l'arête tibiale, devient malaisé à saisir entre les deux doigts. Il n'est pas rare alors de voir, sur le membre non encore ulcéré, une sorte de bracelet de peau amincie, fortement pigmentée, parcheminée, glabre, immobile et non plissable qui occupe le tiers inférieur de la jambe. Parfois le défaut de niveau est assez accentué pour figurer, selon l'expression de Jeanselme, un véritable coup de hache. Au niveau du dos du pied et des orteils, la peau, luisante et sèche, d'un rose tendre, se moule sur les os comme dans la sclérodermie. L'apparition de macules purpuriques sur la jambe est chose commune. Dès cette époque aussi, on peut constater des troubles de la sensibilité thermique et tactile, en particulier au niveau des régions pigmentées et atteintes de dermite atrophique.

Quant aux varices toujours présentes, elles ne sont pas nécessairement superficielles et visibles. Les grosses dilatations variqueuses, formant des paquets échelonnés sur toute la hauteur du membre, coexistent souvent avec un état normal des téguments, et nous avons vu déjà qu'elles conduisent rarement à l'ulcère. Au contraire, ce sont les veinosités, les varices capillaires dermiques, formant des bouquets bleuâtres ou violacés aperçus par transparence à travers l'épiderme, et ne faisant nulle saillie à la surface de la peau, que l'on observe le plus souvent. Il n'est pas fréquent qu'elles fassent complètement défaut; mais elles sont parfois peu développées, et l'on observe alors surtout les troubles fonctionnels dus aux varices profondes, les crampes, les fourmillements, la fatigue rapide et pénible créée par la marche et la station debout ou assise, l'œdème dur vespéral, etc.

Si l'on prend la peine, à cette période, d'examiner les artères crurale et