

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



poplitée, on les trouvera souvent dures; mais on constatera généralement aussi de l'artérite des radiales et des temporales. Contrairement, en effet, aux deux autres ordres de lésions, veineuse et nerveuse, l'athérome, remarque Jeanselme, est généralisé et atteint plus ou moins tout le système artériel. Le premier bruit du cœur est sourd, le second clangoreux; on peut même observer à la base un souffle diastolique ou un double souffle, traduisant l'insuffisance aortique. Les petites artérioles ne sont pas moins communément prises, et la couperose coïncide souvent avec les varices. Enfin, l'on peut rencontrer l'albuminurie par néphrite athéromateuse, et d'anciens auteurs avaient noté déjà la fréquence de l'hémorragie cérébrale chez les malades porteurs d'ulcères variqueux.

Sur la peau ainsi altérée, l'ulcération peut survenir assez brusquement, lorsqu'un traumatisme quelconque intervient. La plaie, loin de se cicatriser, s'étend, et prend peu à peu tous les caractères d'une lésion chronique. Parfois, c'est une varice qui se rompt, et le sang épanché joue le rôle provocateur d'un vrai corps étranger du tégument. Parfois encore, un furoncle, une pustule d'ecthyma servent de point de départ à l'ulcération. Plus rarement, on voit apparaître, en un point du tégument crural, une tuméfaction chaude, luisante et rouge, d'aspect érysipélateux: il s'agit alors d'une véritable dermatite infectieuse dont l'agent probable est le streptocoque. Les démangeaisons très vives qu'elle produit, engagent le malade à se gratter; il en résulte des excoriations, et l'ulcère est ainsi constitué.

Mais l'un des modes de début les plus fréquents est l'eczéma variqueux si bien décrit par Broca, par Jeanselme, et, dans le présent ouvrage, par Besnier. Parfois une poussée d'eczéma généralisée à toute la surface cutanée se fixe sur la peau des membres inférieurs, et s'y maintient avec une ténacité qui laisse toute thérapeutique impuissante. Plus souvent encore, l'eczéma débute par les jambes variqueuses qui peuvent ensuite être le point de départ de poussées généralisées; et alors, dans l'intervalle de ces poussées, l'eczéma, qui a abandonné le reste du corps, ne disparaît pas entièrement des régions variqueuses. Le placard éruptif est très communément bilatéral et symétrique. Il occupe tout ou partie de la circonférence de la jambe, affectant en bas la forme d'une guêtre qui descend au-dessous des malléoles, se terminant en haut par une bordure assez confuse. Si l'eczéma est aigu, la peau rouge, chaude, prurigineuse, laisse suinter beaucoup de liquide. S'il est chronique, elle est sèche, luisante, pigmentée, recouverte de grandes squames argentées, d'aspect psoriasiforme. En un point quelconque de la surface eczémateuse, apparaît une vésicule ou une vésico-pustule que le grattage arrache, et dont le fond, légèrement ulcéré, se dissimule sous une croûte, tandis que l'ulcération gagne au-dessous d'elle.

C'est dans la moitié inférieure de la jambe que les ulcères siègent de préférence. On les rencontre quelquefois à la cuisse, plus souvent au pied, mais sans comparaison beaucoup plus rarement qu'à la jambe, dont ils affectent d'ordinaire la face interne, au-dessus de la malléole. S'il a été provoqué par

une des causes occasionnelles banales que nous énumérons plus haut, l'ulcère est ordinairement unique dès le début. Il n'en est pas de même lorsqu'il succède à l'eczéma: on voit alors apparaître successivement plusieurs petites ulcérations arrondies, entourées d'une zone inflammatoire rouge et douloureuse à la pression, et que peuvent séparer d'assez larges espaces de peau saine. Mais avec le temps, ces pertes de substance se réunissent pour n'en former qu'une seule, dont le contour irrégulier, plus ou moins polycyclique peut encore attester l'origine.

L'ulcère, une fois constitué, a une forme le plus communément elliptique, à grand axe vertical: quelquefois il est semi-lunaire; enfin il peut être annulaire, cette dernière disposition comportant un pronostic particulièrement fâcheux. Les dimensions de la lésion sont d'ordinaire assez grandes, et des diamètres de 15 à 20 centimètres ne sont pas rarement atteints ou dépassés. Mais, comme le fait observer Gilson, l'étendue d'un ulcère est toujours un peu exagérée par l'élasticité des parties saines tendant à attirer en dehors les bords de la lésion.

Le fond est rouge vif ou violacé, cette dernière nuance s'accroissant rapidement pour peu qu'on fasse lever le malade. Il est constitué par des bourgeons charnus dont l'ensemble forme une surface mamelonnée, comme veloutée, et qui saignent avec la plus grande facilité. La moindre érosion à leur surface détermine un suintement sanguin léger.

Lorsque les malades arrivent à l'hôpital malproprement pansés, il n'est pas rare de voir l'ulcère rempli de débris organiques, de pus concret et parfois fétide. Mais il suffit en général de soins convenables, pour que la sécrétion purulente devienne peu abondante et de bonne nature. Une maladie infectieuse intercurrente peut augmenter cette suppuration d'une manière très appréciable. Gilson rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle une pneumonie déterminait, à la surface d'un ulcère de jambe jusque-là normal, une production de pus extrêmement abondante qui cessa lorsque la résolution de la phlegmasie pulmonaire fut survenue. Ce fait est intéressant à rapprocher des notions aujourd'hui courantes sur la leucocytose au cours de la pneumonie.

Les bords de l'ulcère se continuent d'ordinaire avec le fond. Il est rare qu'ils soient décollés ou taillés à pic. Ils peuvent être épaissis et présenter

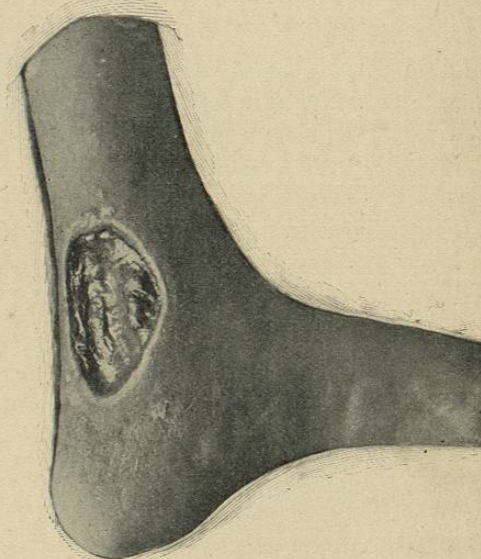


FIG. 165. — Ulcère variqueux, pied gauche. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1242. Fournier, 1887.)



des callosités, ce qui constitue une complication sur laquelle nous aurons à revenir; dans ce cas le repos est sans action pour diminuer leur volume. S'il s'agit, au contraire, d'une turgescence œdémateuse, l'influence du repos est très efficace et les bords s'affaissent rapidement. On est alors tout étonné de voir un ulcère qui semblait très profond au premier abord, se combler pour ainsi dire complètement au bout de quelques jours.

Nous avons déjà mentionné l'existence de troubles de la sensibilité au niveau des ulcères, et la part qui revient à F. Terrier et à ses élèves dans leur étude. Il nous faut les décrire ici avec plus de détails. La surface bourgeonnante est le plus souvent indolore spontanément. Lorsqu'on l'explore, on voit que parfois la piqûre ne provoque pas de douleur; mais la pression avec le doigt ou avec la tête d'une épingle est toujours douloureuse. Immédiatement autour de l'ulcère la sensibilité est altérée, et — fait intéressant — c'est la thermesthésie qui est d'abord frappée. Les corps froids provoquent la sensation d'un corps tiède ou même la sensation de chaleur. Les corps chauds et brûlants provoquent la sensation de chaleur ou la douleur de la brûlure; mais elle est perçue avec un retard manifeste. La sensibilité douloureuse est moins souvent atteinte; pourtant on constate souvent de l'anesthésie, complète ou relative, autour de l'ulcère. Il peut y avoir aussi perception douloureuse retardée ou faussement localisée. De même la sensibilité tactile est souvent atteinte au niveau même de l'ulcère et sur les parties voisines. La zone d'anesthésie thermique est la plus étendue; puis vient celle de l'anesthésie à la douleur; enfin celle de l'anesthésie tactile est celle qui a le moindre rayon. Ces troubles sensitifs peuvent précéder l'apparition de l'ulcère et persistent souvent aussi sur sa cicatrice.

Des expériences de Clado et de Gilson ont montré que la sécrétion sudorale provoquée par des injections locales de pilocarpine est toujours retardée et souvent supprimée au voisinage de l'ulcère.

Les réflexes cutané plantaire et rotulien, sont souvent diminués ou même abolis, comme l'ont vu Schreider et Jeanselme. Enfin la température locale est très ordinairement augmentée.

On conçoit sans peine qu'une affection telle que l'ulcère de jambe puisse être l'occasion de multiples complications. La plupart d'entre elles sont dues à des infections secondaires, qui peuvent elles-mêmes, par leur répétition, conduire à des lésions chroniques, dont le type est l'état pseudo-éléphantiasique. Parmi ces complications, il en est qui sont, de nos jours, devenues exceptionnelles, comme l'érysipèle bronzé, les phlegmons gangreneux et gazeux: on peut encore les observer cependant, en particulier chez des sujets diabétiques, et il est inutile d'insister sur le pronostic particulièrement sombre qu'elles comportent. De même, les suppurations bleues à bacille pyocyanique avaient jadis, au niveau des ulcères de jambe, un de leurs sièges de prédilection.

Au contraire, on rencontre encore souvent les lymphangites aiguës ou subaiguës avec ralentissement ganglionnaire, et l'érysipèle banal à strepto-



Masson et C<sup>ie</sup> Éditeurs, Paris.

Imp<sup>ie</sup> Firmin Didot et C<sup>ie</sup> Paris.

*Ulcère Variqueux de Jambe*

Moulage Baretta - Musée St-Louis N°1485 (A. Fournier)



coque. La description de ces incidents qui peuvent parfois évoluer de la façon la plus fâcheuse, ne rentre pas dans cet article. Mais nous devons insister d'autant plus sur les modifications qu'ils apportent à la longue dans l'état de l'ulcère et des tissus du membre variqueux. Aussi bien ces modifications sont-elles presque la règle chez les sujets porteurs d'ulcères anciens, c'est-à-dire mal soignés, malproprement pansés et sujets à des inflammations aiguës ou subaiguës répétées.

L'une des plus fréquentes est celle à laquelle on conserve aujourd'hui encore le vieux nom de *callosité*. Les bords de l'ulcère calleux sont infiltrés, épaissis, indurés; le doigt n'y peut plus produire la dépression de l'œdème; c'est parfois une dureté cartilagineuse ou même ligneuse. L'épaisseur des bords fait paraître le fond plus dur qu'il n'est en réalité; la position horizontale n'a que peu d'influence pour faire disparaître cette tuméfaction. Les bords ne sont jamais décollés; ils ne sont pas non plus taillés à pic, mais se continuent par une pente assez rapide avec le fond de l'ulcère. Celui-ci est ordinairement pâle, recouvert de bourgeons petits et de détritrus grisâtres, et repose sur une base, elle-même indurée, épaisse parfois de plusieurs centimètres, et constituée par du tissu embryonnaire. L'ulcère et les parties molles voisines ont perdu toute mobilité, et font corps avec l'os sous-jacent. Il n'est pas rare de voir des altérations plus ou moins profondes du tibia, surtout quand l'ulcère siège au niveau de sa face interne. Tantôt c'est un épaississement diffus qui se continue insensiblement avec l'os sain; tantôt la saillie est mieux dégagée et mérite presque le nom d'exostose. En général, l'os n'est le siège d'aucune douleur. Peu à peu l'induration s'étend sous forme de nappe; remontant rarement au-dessus de la jambe, elle a plutôt tendance à gagner les parties déclives; la jambe devient cylindrique; le dos du pied, les orteils eux-mêmes peuvent être envahis par l'induration. Cette dermite chronique a, sur l'évolution de l'ulcère, des effets désastreux; elle le rend torpide et presque incurable. Dans certains cas même, l'ulcération suit rapidement l'induration dans sa marche excentrique et produit une vaste perte de substance.

Mais cette évolution progressive des lésions peut ne pas s'arrêter là, et alors elle aboutit au *pseudo-éléphantiasis ulcéreux*, causé par des lésions locales de l'appareil lymphatique et caractérisé par un œdème inflammatoire de la peau et du tissu cellulaire, dont le résultat est une hypertrophie plus ou moins considérable des parties malades. Cette hypertrophie atteint rarement les proportions véritablement colossales que l'on observe dans l'éléphantiasis vrai. D'une manière générale, le bas de la jambe et le cou-de-pied sont les parties les plus intéressées. Mais il existe sur toute l'étendue du membre un empâtement diffus qui en altère la forme en faisant disparaître les contours alternativement saillants et rentrants. Tout le membre inférieur, depuis sa racine jusqu'à la cheville, offre une disposition cylindro-conique qui rappelle la jambe dite en poteau des cardiaques. Au niveau du cou-de-pied, il n'est pas rare de constater une différence de 6 à 7 centimètres entre la circonférence des deux membres. L'articulation tibio-tarsienne est cerclée par une zone



circonférentielle saillante en forme de bourrelet, qui masque latéralement le relief des malléoles, descend en empiétant sur le tarse et les régions sous-malléolaires, et se termine en dessinant une sorte de guêtre sur l'avant-pied. En arrière, ce bourrelet est moins développé que dans les régions antéro-latérales où il peut atteindre 8 à 15 centimètres de hauteur. L'avant-pied est presque toujours très tuméfié sur sa face plantaire aussi bien que sur sa face dorsale, et il en est de même des orteils, en particulier du gros orteil. Le pied offre donc des altérations de forme très marquées; son élargissement le fait paraître plus court, et sa longueur paraît diminuer encore par l'envahissement de la tuméfaction située au-devant de l'articulation tibio-tarsienne. Il y a même quelquefois une sorte de fausse ankylose, le malade se trouvant dans l'impossibilité absolue d'imprimer à son pied le moindre mouvement, et l'amplitude des mouvements passifs étant elle-même très restreinte.

L'œdème, qui produit en grande partie la tuméfaction, participe souvent des caractères de celui de la phlegmatia alba dolens. C'est une bouffissure blanche, indolente, de consistance souple et élastique; il faut y maintenir un certain temps la pression du doigt pour y produire un godet, qui d'ailleurs s'efface rapidement; la main qui palpe le membre y perçoit un tremblement analogue à celui de la gélatine; un petit coup sec donné à la surface de la cuisse y détermine la production d'ondes comme à la surface d'un liquide. Quand on pince la peau entre deux doigts, on constate que son épaisseur est très exagérée, et, à mesure qu'on la soulève, on voit se produire un état grenu qui rappelle une peau d'orange à gros grains. Ordinairement, la consistance est plus ferme et donne la sensation d'une couenne de lard. Cet œdème, qui varie peu, siège sur toute la hauteur du membre; mais, au pied et à la partie inférieure de la jambe, il est plus ou moins masqué par l'induration dermique. Celle-ci peut être une véritable dureté ligneuse sur laquelle le doigt ne produit aucune impression; elle a son maximum au niveau du cou-de-pied. On peut observer une sorte d'étranglement au niveau des parties indurées, quand il existe un œdème abondant au-dessus et au-dessous d'elles, la région atteinte de dermite ne se laissant pas dilater. Dans d'autres cas, il y a une véritable diminution de volume de la jambe, du mollet en particulier, grâce à l'atrophie secondaire des muscles que bride et étrangle la rétraction dermique. Enfin l'étranglement peut être dû à la rétraction cicatricielle d'ulcères guéris.

L'éléphantiasis ulcéreux peut lui-même se compliquer de *dermite végétante* ou *papillomateuse*; nous n'avons pas à décrire ici cette lésion, dont la synonymie est abondante; c'est le lichen hypertrophique de Hardy, l'éléphantiasis verrucosa de Virchow, l'eczema papillomatosum d'Erasmus Wilson, l'eczéma verruqueux de beaucoup d'auteurs. Elle siège le plus volontiers au voisinage des ulcérations, sur le cercle périmalléolaire et les bords du pied, et enfin sur les orteils.

## IV

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tant qu'une perte de substance tégumentaire ne se recouvre pas de tissu de granulation, elle ne représente pas un ulcère au sens anatomique du mot, encore moins lorsqu'elle granule d'une façon normale. Il y a ulcère, au contraire, lorsque la plaie a une tendance à se combler par du tissu de granulation, mais que la cicatrisation est empêchée, soit parce que ces granulations sont détruites au fur et à mesure qu'elles se produisent, soit parce que la kératinisation ne se fait pas. Un ulcère est donc, suivant les termes employés par Unna, un tissu de granulation troublé dans son évolution typique. Rappelons en peu de mots les conditions dans lesquelles une perte de substance se cicatrise normalement. Tout d'abord il y a formation de capillaires jeunes autour desquels le tissu conjonctif se transforme en tissu de granulation riche en cellules. Puis il se fait une prolifération karyokinétique de l'épithélium environnant avec formation de travées épithéliales et adhérence intime de l'épithélium avec le tissu conjonctif. Enfin les vaisseaux disparaissent ultérieurement, et il se forme de la substance collagène au lieu du tissu de granulation. Dans l'ulcère de jambe, tous ces facteurs sont plus ou moins entravés par la mauvaise nutrition des tissus. Au-dessous du tissu embryonnaire qui forme les granulations, on ne trouve, au lieu du derme sain, qu'un tissu fibreux très dense, véritable gangue scléreuse, qui atrophie et fait même complètement disparaître les glandes sébacées et sudoripares. A la surface, l'épidermisation est fragile; les mitoses sont rares; il ne se forme pas de couche de cellules cylindriques; la prolifération des travées vers la profondeur se fait d'une manière trop incomplète pour déterminer la formation de papilles. Le plus léger traumatisme, le plus léger degré d'œdème ou de congestion, la plus insignifiante hémorragie suffisent à détruire cet épiderme infirme. Au voisinage immédiat de l'ulcère, on retrouve les différentes couches de la peau; mais elles sont profondément modifiées. La couche cornée est très épaissie; les papilles sont hypertrophiées et, comparées à celles de la peau normale, elles paraissent d'un volume considérable. Dans le derme, on voit les vaisseaux dilatés et des cellules embryonnaires nombreuses qui témoignent de l'inflammation de la région. Au niveau des ulcères calleux, l'aspect des bords, selon Unna, est dû, moins à la nature scléreuse de leur tissu conjonctif, qu'à ce fait qu'ils sont complètement engainés par de l'épithélium kératinisé. Seulement cette kératinisation est mal orientée; la couche épineuse assez épaisse et envoyant des travées épithéliales dans le derme enveloppe les bords et tapisse leur face inférieure aussi bien que leur face supérieure. Elle les isole donc du reste de l'ulcère, sur lequel l'épidermisation ne peut se poursuivre.