

maladie, on a cherché récemment à substituer une autre théorie où des lésions vasculaires, peut-être secondaires à des troubles nerveux, seraient la cause prochaine de la gangrène¹ : ce seraient des lésions histologiques d'artérite oblitérante, comme dans la sclérodémie, maladie dont nous avons signalé les affinités avec la gangrène symétrique.

Traitement. — Il s'adresse à l'état local et à l'état général.

L'application de liniments au laudanum, au chloroforme, au chloral, servira à calmer les douleurs. Des frictions faites sur les parties malades avec des liquides excitants, aromatiques, appliqués tièdes ou même froids, sont utiles pour hâter le retour de la circulation et de la chaleur.

On a employé avec succès les douches sur la colonne vertébrale et surtout les courants continus : les deux pôles sont promenés sur les points atteints pendant quinze à vingt minutes chaque jour, ou bien encore le pôle positif est placé sur le rachis, vers la cinquième vertèbre cervicale, le pôle négatif sur le sacrum ou la région malade.

La cautérisation ponctuée pourrait rendre des services : dans un cas, on a vu l'ignipuncture arrêter la gangrène sur un doigt qu'elle avait déjà frappé et soulager le malade à chaque nouvelle crise.

Comme traitement interne, on a conseillé l'emploi de la quinine, surtout chez les impaludiques, et de la belladone. Les valériannes et les bromures sont indiqués chez les personnes très nerveuses. La trinitrine a été vantée à plusieurs reprises : on prescrit deux ou trois gouttes d'une solution alcoolique de nitro-glycérine au centième, ou bien l'on pratique des injections hypodermiques de ce médicament aux doses d'un demi à un milligramme par injection.

M. BOULAY.

ÉRYTHROMÉLALGIE

Définition. — Sous le nom d'*érythromélgie*, Weir Mitchell a décrit une affection rare des extrémités, signalée pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), et caractérisée cliniquement par des accès douloureux s'accompagnant de gonflement et de coloration rosée des téguments avec élévation de la température locale².

1. GOLDSCHMIDT (*Gaz. méd. de Strashourg*, févr. 1888).

2. WEIR MITCHELL (*Americ. Journ. of med. sc.*, 1878, t. II, p. 1). — LANNOIS, *Paralysie vaso-motrice des extrém.* (Thèse de Paris, 1880).

Symptômes. — La maladie a pour siège de prédilection les membres inférieurs; mais on l'observe aussi aux membres supérieurs et beaucoup plus rarement au pavillon des oreilles et aux pommettes.

La *douleur* est le premier phénomène éprouvé : elle est ressentie dans les deux pieds, dans un seul, dans une portion du pied (gros orteil, talon, face plantaire). C'est une sensation de fourmillement, de brûlure, ou même de déchirement, qui arrache des cris au malade. Elle est exagérée par la pression, l'action de la chaleur, la position déclive du membre. Elle diminue dans la position horizontale et par l'application du froid. Sur toute la surface douloureuse, la peau est rosée, violacée ou d'un pourpre foncé; ce n'est pas l'aspect livide et cyanosé de la gangrène; c'est plutôt une *teinte phlegmoneuse*. Les téguments paraissent tuméfiés; les veines se gonflent; les artères battent violemment, au moins au début. Il semble qu'on ait placé une ligature autour du membre. La peau est chaude; le thermomètre marque deux ou trois degrés de plus que dans la région correspondante du côté sain. On peut observer simultanément, mais d'une façon très inconstante, de la congestion du fond de l'œil, des troubles de l'ouïe, de la céphalalgie, du vertige, accompagnés de poussées congestives à la face.

Après une durée qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, les douleurs s'atténuent, la rougeur disparaît et l'accès prend fin.

Dans l'intervalle des accès, les extrémités atteintes sont souvent froides et pâles; mais jamais les téguments ne présentent de troubles trophiques. La sensibilité au contact et à la température est ordinairement normale; mais la pression ramène les accès. Aussi la marche est-elle difficile : le malade, n'osant appuyer le pied à terre, marche sur les talons, s'aide de béquilles ou même se traîne sur les genoux. Les réflexes sont intacts ou un peu augmentés. Les muscles réagissent habituellement bien à l'électricité. On a parfois noté un certain degré d'atrophie musculaire. Dans deux cas, cette atrophie était accompagnée de douleurs en ceinture, indice probable d'une lésion spinale.

Marche. Durée. Terminaisons. — La marche est progressive. Au début, la douleur peut être le seul phénomène observé (acromélgie); tôt ou tard il s'y joint des troubles vaso-moteurs. D'abord limités à une portion du pied, les phénomènes douloureux et congestifs s'étendent bientôt à tout le pied, à la jambe et même gagnent la cuisse et la fesse. Le membre opposé est pris en même temps ou consécutivement; mais les symptômes sont toujours plus marqués d'un côté. A la longue, les accès se rapprochent ou sont

suscités par des influences de plus en plus légères : le seul fait de placer le membre dans une position déclive, la chaleur du lit, la pression des draps ramènent les accès. En général, les malades souffrent moins l'hiver; par contre, ils redoutent le retour de l'été. De là des périodes d'exacerbation et de rémission.

La durée de l'affection, toujours longue, est indéterminée. La plupart des malades observés ont été perdus de vue; leur affection durait depuis plusieurs années. Deux seulement ont été suivis jusqu'à la guérison: l'un guérit au bout de trois mois, l'autre après deux ans de maladie. Dans des cas graves, des symptômes médullaires pourraient survenir.

Diagnostic. — Il est ordinairement facile. L'erreur ne saurait être faite ni avec la cyanose des maladies du cœur qui ne s'accompagne pas de douleur, ni avec la tarsalgie qui ne s'accompagne pas de rougeur.

Dans les varices, surtout dans les varices profondes, il y a des élancements douloureux, la marche est difficile, le pied et la jambe se tuméfient; mais la couleur de la peau reste à peu près normale, les grosses veines seules se dilatent, la température locale ne s'élève pas.

Lerhumatisme localisé aux petites jointures est l'affection qui ressemble le plus à l'érythromélgie : mêmes douleurs, même tuméfaction, même coloration des téguments, même élévation de la température locale. Mais le rhumatisme survient chez des individus qui ont eu antérieurement d'autres localisations rhumatismales, il ne procède pas par accès aussi souvent répétés; il s'accompagne de fièvre et cède enfin à un traitement approprié.

La difficulté de la station debout et de la marche, la nature des douleurs dans l'érythromélgie peuvent faire penser à l'ataxie : l'intensité des phénomènes congestifs et l'absence d'autres signes de myélite feront écarter cette hypothèse.

Étiologie. Pathogénie. — La maladie s'observe surtout dans le *sexe masculin*, et de préférence chez les adolescents et les adultes. Le tempérament nerveux, les fatigues excessives, l'impression du froid humide, les maladies fébriles antérieures d'une certaine durée paraissent y prédisposer.

Elle est provisoirement rangée dans le cadre nosologique à côté de la maladie de Raynaud. Dans les deux cas, il s'agirait d'une névrose des extrémités : celle-ci serait susceptible de revêtir deux formes, l'une angio-spastique (gangrène symétrique), l'autre angio-paralytique (érythromélgie). La paralysie vaso-motrice des extrémités, qui constitue l'érythromélgie, résulterait soit d'une diminution du pouvoir excito-moteur des centres médullaires, soit d'une modifica-

tion directe ou réflexe des ganglions situés sur le trajet des fibres vaso-motrices, près de leur terminaison dans les parois vasculaires. M. Straus¹ a émis l'hypothèse d'une paralysie *a frigore* des filets vaso-moteurs.

Traitement. — La douleur est amendée par l'emploi local du froid; l'application de vessies de glace, qui permet de laisser le membre dans une position élevée, est surtout recommandable. Les liniments à l'atropine, les douches de vapeur, l'administration de l'antipyrine à l'intérieur ont paru utiles dans quelques cas. Sénator recommande l'antifébrine. On a essayé sans grand succès des douches froides et des courants galvaniques sur la colonne vertébrale. Par contre, Duchenne a obtenu une guérison complète au moyen de la faradisation du membre atteint. Mais, en général, l'affection progresse en dépit de tout traitement.

M. BOULAY.

MAL PERFORANT

Le terme de *mal perforant* servit tout d'abord à désigner une ulcération circonscrite siégeant à la plante du pied, ordinairement peu douloureuse et progressant de la peau jusqu'aux os et aux articulations. De nos jours cette dénomination a été appliquée à toutes les ulcérations des extrémités ou des moignons causées ou du moins entretenues par une névrite. Quelques auteurs ont cru pouvoir étendre encore le domaine de l'affection et ont décrit des maux perforants du crâne², de la trachée, de l'œsophage, de l'intestin³, des valvules du cœur⁴, de la cloison des fosses nasales. Il convient de faire des réserves sur l'assimilation établie par ces auteurs.

Le mal perforant du pied, le premier connu, a été longtemps confondu avec les cors et les durillons, jusqu'au jour où Nélaton⁵ publia une leçon sur ce sujet, sous le titre d'« affection singulière

1. *Soc. médic. des hôpit.*, 26 mars 1880.

2. TESTUT, *De la symétrie dans les affect. de la peau* (Thèse d'agrég., 1877, p. 189).

3. BONNEFOIT, *Du mal perfor. général chez les ataxiques* (Thèse de Lyon, 1889).

4. TEISSIER, *Mal perfor. des valv. aort. chez les ataxiques* (*Soc. de méd. de Lyon*, 2 mai 1887).

5. *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 13.

des os du pied ». Il a été désigné tour à tour sous les noms d'ulcère verruqueux, de mal plantaire, d'ulcère perforant, de dermo-synovite ulcéreuse, de lèpre ulcéreuse.

Symptomatologie. — Cette affection se développe de préférence dans les points qui sont le siège d'une pression habituelle. Sur les pieds à conformation normale elle se localise au niveau des piliers de la voûte plantaire, c'est-à-dire au talon et à la tête du premier et du cinquième métatarsien; il est plus rare de l'observer entre les deux métatarsiens précédents, en regard de la tête du troisième. Sur les pieds déformés, l'ulcération apparaît aux points d'appui ou de frottement anormaux : sur la partie saillante d'un orteil en marteau, au niveau de la saillie du cuboïde ou sur la face plantaire des orteils si le pied est en équinisme, à la face externe de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil si le pied est dévié en dehors. Le mal perforant du pied n'est donc pas constamment plantaire; il peut être latéral ou même dorsal. Les deux pieds peuvent être atteints à la fois, mais les lésions ne s'y présentent pas toujours au même degré.

A la main¹ l'ulcération n'a pas de siège de prédilection, sans doute parce que l'influence localisatrice d'un traumatisme ne s'y exerce pas aussi constamment qu'au pied.

Sur les moignons, par contre, cette influence se retrouve : le mal se développe au niveau des points d'appui du membre sur l'appareil qu'on y adapte.

On décrit un peu artificiellement à l'affection trois périodes : celles d'épaississement épidermique, d'ulcération superficielle et d'ulcération profonde.

Dans la première période il se produit, au point qui sera le siège de l'ulcération, une accumulation de couches épidermiques, un véritable *durillon* susceptible de persister dans cet état pendant des mois ou des années. Ce durillon passe d'autant plus facilement inaperçu qu'il est indolent et n'est habituellement pas influencé, comme les cors, par l'état hygrométrique de l'air. L'épiderme qui le constitue se fendille sans cesse, tombe spontanément, mais se reproduit à mesure. A la longue, une petite bourse séreuse se développe sous le durillon; la sérosité roussâtre, qui parfois s'y épanche, s'élimine de temps en temps au dehors par la formation de petits trajets fistuleux qui peuvent se refermer par la reproduction de l'épiderme.

Mais, soit d'emblée, soit après une série de guérisons et de récurrences, il arrive un moment où une *ulcération* est définitivement constituée. Parfois cette première période manque et le mal per-

1. PÉRAIRE, Du mal perfor. palmaire (*Arch. gén. de médecine*, 1886, vol. II).

forant succède d'emblée à la modification d'une plaie, à l'ouverture d'un hygroma ou d'une arthrite suppurée, à l'ulcération d'un ongle incarné.

La perte de substance a une forme ovalaire ou arrondie; son étendue souvent minime peut atteindre celle d'une pièce de deux francs. Les bords, taillés à pic, sont constitués par un bourrelet épidermique dur et jaunâtre ou par une série de strates épidermiques disposées en gradins. Le fond est irrégulier, tomenteux, fongueux; il sécrète un peu de liquide séro-purulent ou sanguinolent. Parfois la sérosité et le pus se concrètent à la surface de l'ulcère sous forme de croûtes jaunâtres ou verdâtres. Il n'existe ordinairement pas de réaction locale et le sujet n'accuse pas de douleur. L'exploration de l'ulcère avec le stilet n'est nullement douloureuse; la sensibilité à la pression et à la température est elle-même émoussée ou totalement supprimée. L'*anesthésie* ne porte pas seulement sur l'ulcère lui-même; elle s'étend plus ou moins loin, soit par plaques isolées, soit régulièrement selon le trajet d'un nerf : les orteils sont souvent insensibles dans toute leur étendue et l'anesthésie peut remonter jusqu'au voisinage du genou.

A la troisième période, l'ulcération envahit les parties profondes, les gaines synoviales qui suppurent, les tendons qui s'exfolient, les articulations, le périoste et les os. Le stilet pénètre profondément, arrive soit sur du périoste bourgeonnant, soit sur de l'os dénudé et nécrosé; parfois il vient faire saillie sous les téguments du dos du pied, alors même qu'aucun signe extérieur ne permettait de prévoir une telle destruction. Les articulations atteintes sont le siège de craquements et de mouvements anormaux; de petits fragments d'os nécrosés s'éliminent par la fistule; les orteils sont déformés et déviés.

Troubles trophiques concomitants. — A côté de ces lésions propres au mal perforant peuvent évoluer des troubles trophiques multiples et variés. Ils se traduisent à la peau par un état ichthyosique ou kératodermique et plus rarement par une pigmentation anormale, qui ne s'accusent pas seulement au voisinage de l'ulcère, mais peuvent s'étendre beaucoup plus loin. Au pied, à la partie inférieure de la jambe et même jusqu'au genou, les téguments deviennent secs, s'aminçissent, desquament; à la face plantaire, et particulièrement au talon, l'épiderme s'accumule au contraire en larges amas jaunâtres. Les ongles sont souvent épaissis, fendillés dans le sens de la longueur ou striés transversalement, incurvés; on a vu se développer une ecchymose sous-unguéal, suivie de la chute de l'ongle. Les poils du dos du pied et de la jambe tombent ou s'accroissent d'une façon exagérée en longueur ou en épaisseur. Les tissus sous-cutanés deviennent le siège d'un œdème dur; ils s'empâtent et se sclérosent.