

du foyer et évitez les fistules qui pourraient s'établir.

Vous n'oubliez pas davantage de maintenir jusqu'à guérison complète un pansement antiseptique sans lequel la septicémie pourrait se produire peut-être et vous joindrez à ce pansement une compression douce et uniforme destinée à aider l'accolement du foyer et la sortie des liquides secrétés par lui.



QUINZIÈME LEÇON

Mal perforant.

Histoire du malade. Autres exemples de sujets traités dans le service. Théories diverses sur la pathogénie de cette affection.

Influence d'une attitude vicieuse du pied sur le siège de la lésion : pressions mécaniques.

Traitement : Opérations graves auxquelles peut conduire le mal perforant.

MESSIEURS,

Dans cette leçon, je vous parlerai d'un malade de la salle 17 qui porte sur la face inférieure du gros orteil une ulcération ancienne et rebelle, et j'aurai soin de rapprocher mon observation de celles d'autres sujets qui me serviront à retracer devant vous l'histoire complète d'une maladie à évolution bizarre et dont la pathogénie mérite une étude attentive : je veux dire *le mal perforant*.

Cet homme a quarante-deux ans, mais il est déjà vieux par ses artères toutes plus ou moins ossifiées.

C'est un vieil alcoolique, exerçant l'état de terrassier et soumis par conséquent aux rudes travaux des champs, aux fatigues de toutes sortes et à la misère. Sa santé ne paraît pas avoir été troublée par de graves maladies; il nous dit seulement qu'en 1866, il eût quelques accidents vénériens dont l'influence sur les années suivantes peut s'être manifestée sans que nous ayons à cet égard des preuves.

C'était un chancre, suivi d'ulcérations dans la gorge, de taches sur la peau qui disparurent après peu de temps et ne reparurent jamais par la suite. Retenons ce précieux renseignement; il peut à la rigueur nous indiquer la nature des lésions centrales aujourd'hui en puissance qui ne sont pas toujours liées à la syphilis mais ont quelquefois des relations avec elle.

La rigueur des faits m'oblige du reste à établir ici que déjà, en 1865, ce malade, avant l'apparition des acci-syphilitiques, eut sous l'orteil droit un durillon qui s'ulcéra et ne guérit qu'après un repos d'un long mois à l'hôpital.

Cette première ulcération avait disparu depuis six mois quand deux autres durillons se montrèrent, l'un sous l'orteil droit et l'autre sous l'orteil gauche et restèrent sans se modifier pendant trois années. Le malade ne se soignait point et s'il consentit un instant à entrer à l'hôpital ce fut pour y faire un séjour de très courte durée.

Trois ans venaient de se passer ainsi. N'éprou-

vant rien de spécial, il se considérait comme peu malade, quand des douleurs aiguës dans la plante du pied et dans le mollet commencèrent à paraître. Les ulcérations étaient guéries. Ces douleurs furent négligées comme l'avaient été les petites plaies.

Mais en avril dernier, l'orteil gauche d'abord, le droit ensuite se tuméfièrent tout à coup et s'ulcérèrent toujours dans les mêmes points, pour ne plus guérir. Le malade fut alors obligé de rentrer à l'hôpital.

Un premier fait nous a frappé quand nous l'avons examiné. Sur la région plantaire, les deux orteils sont épaissis, durs, cornés. Ils sont recouverts de couches épidermiques accumulées formant d'épais durillons de dimensions comparables à une pièce de 50 centimes et au centre desquels brusquement le tissu corné se déprime en forme d'ombilic. Cette dépression conduit sur une ulcération, sur une cavité étroite d'où la pression fait sourdre un liquide séro-purulent.

Les bords de cette ulcération se trouvent donc très indurés, et quand nous avons détaché les plus grosses lamelles qui les composaient, on voyait nettement que le derme était en partie détruit et que lui seul fournissait un suintement.

Plus loin, nous avons vu l'épiderme encore épaissi, mais cet épaississement ne porte pas seulement sur les couches cornées de la peau, il s'avance plus profondément, immobilise le derme, se prolonge jusqu'au

tissu cellulaire, de sorte que tout l'ensemble de l'orteil forme une masse de tissus durs où tout paraît confondu.

Plus loin encore, c'est-à-dire sur la région plantaire tout entière, il existe une tendance marquée à la formation de productions épidermiques, et sur chaque point correspondant aux têtes des métatarsiens, il y a des durillons.

Là ne s'arrêtent pas encore les altérations trophiques; les ongles sont épaissis et déviés, le système pileux de la face dorsale a pris un développement exagéré, les pieds sont toujours baignés d'une sueur abondante.

Enfin, plus profondément, le palper vous fait découvrir une augmentation de volume du squelette : les deux phalanges des orteils malades sont plus grosses, plus irrégulières que d'habitude. Les articulations sont saines, notez-le, et n'offrent aucun craquement quand on les fait mouvoir en tous sens.

L'état des os mérite d'autant plus d'être examiné que l'exploration des petites plaies au moyen du stylet vous fait constater qu'elles sont peu profondes et ne dépassent pas les limites du derme.

Tels sont les signes fournis par l'état local. Recherchons, maintenant, quelle est l'origine de cette double lésion?

Vous avez sans doute remarqué le retour périodique de ces ulcérations et les nombreux troubles trophiques

que je viens de vous rappeler. Tout cela vous dit clairement que vous n'êtes point en présence de ces simples durillons constitués par un épaississement tout local, ordinairement bien limités à l'épiderme et qui, sauf de rares exceptions et toujours avec des caractères qui n'offrent rien de spécial en dehors d'un travail inflammatoire de courte durée, ne s'accompagnent jamais d'ulcérations profondes.

Vous restez encore convaincus qu'il ne s'agit pas d'une inflammation ulcéreuse d'une bourse muqueuse sous-jacente à des durillons : quand de semblables lésions surviennent, il se produit accidentellement par pression ou par excès de fatigue, une inflammation, bientôt une ulcération, enfin, un petit trajet fistuleux, mais en aucune circonstance vous n'avez dans le voisinage ces nombreux troubles trophiques observés chez cet homme, ni surtout des altérations de la sensibilité périphérique.

C'est qu'en effet, Messieurs, la sensibilité près de ces deux ulcérations se trouve bien compromise, et sur certains points abolie. Sur les plaies et autour d'elles j'ai enfoncé de grosses épingles dans les tissus; le malade n'a rien senti : à deux ou trois centimètres plus loin, j'ai répété la même exploration sans provoquer de douleur. Enfin, sur les autres orteils, si la sensibilité n'est pas perdue, elle est du moins bien émoussée : elle est soumise là à un retard fort appréciable, comme vous avez pu le voir quand je piquais

encore la surface de la peau. Vous concluez avec moi, Messieurs, que ces troubles profonds ne permettent pas d'avoir le moindre doute sur cette première assertion qu'il ne s'agit pas ici d'une affection simple.

Poursuivez encore la recherche d'un diagnostic exempt d'hésitation, vous verrez qu'une altération quelconque des os ou des articulations ne saurait être mise en cause. Sans doute, il y a du gonflement des phalanges, mais ces os sont insensibles à la pression, et ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans l'ostéite, de quelque nature qu'elle soit. Au reste, vous ne perdrez pas de vue que ces altérations sont venues bien longtemps après la formation des durillons et qu'il n'y a là rien qui ressemble à la marche d'un trajet fistuleux consécutif à une lésion osseuse. Cette lésion osseuse, vous l'avez cherchée avec votre stylet, et l'instrument s'est arrêté sur la peau sans pouvoir pénétrer plus profondément.

Il reste donc bien établi qu'il ne s'agit ni d'une altération entretenue par une lésion simple de la peau ou des parties molles, ni d'un trajet conduisant sur des os malades.

Je viens de passer en revue les maladies accidentelles de la peau, les affections osseuses; puis-je admettre qu'une diathèse telle que la syphilis ou la scrofule, qu'une tumeur, l'épithélioma, par exemple, méritent un sérieux examen?

L'histoire de ce malade nous apprend bien qu'il a

eu la syphilis, mais les caractères simples, affectés par les ulcérations, ne sont nullement en rapport avec l'infection syphilitique. Elles sont petites, sans tendance marquée à l'envahissement des tissus voisins, à peine taillées à l'emporte-pièce, ne coïncident avec aucune autre manifestation pouvant en imposer pour la syphilis. Elles n'ont pas, vous le voyez, les caractères requis pour faire penser à une affection spécifique.

Admettez-vous la scrofule? La forme étroite des plaies, l'absence de fond violacé et fougueux, de décollement sur les bords, excluent d'autant plus cette opinion, qu'il n'y a dans les antécédents rien qui puisse la soutenir.

Vous ne penserez pas davantage à l'épithélioma, puisqu'il n'existe ici ni induration avec renversement et bourgeonnement des bords de la plaie, que vous ne faites, par la pression, sourdre autre chose que du liquide séro-purulent, et qu'il ne s'est pas produit dans les régions ganglionnaires voisines le moindre retentissement.

Nous restons, Messieurs, en présence d'un simple cas de mal perforant plantaire des deux gros orteils, et nous allons de suite étudier sa pathogénie.

Je me suis suffisamment appesanti sur les troubles de la sensibilité, pour rechercher avec soin la part qui peut revenir aux lésions nerveuses; je vous ai assez répété que le malade offrait de nombreux troubles

trophiques, pour qu'il me soit permis de discuter à quelle altération primitive le mal perforant peut devoir son origine.

Et d'abord, voyez le siège occupé par ces ulcérations. Le plus souvent, elles sont placées sur l'extrémité antérieure des métatarsiens, mais toutes les parties du corps, du moins toutes celles qui supportent des pressions peuvent y être exposées : le talon, les orteils, plus rarement la face dorsale du pied, la main, la région fessière.

Ce fait de l'irrégularité du siège, de la dissémination du mal perforant sur des points éloignés, doit vous faire penser qu'on ne doit pas toujours l'attribuer à la même cause.

Considérez un instant les détails de l'observation qui nous occupe. Ce malade est un vieil ivrogne athéromateux, dont la nutrition périphérique se fait déjà mal, tant les vaisseaux artériels ont perdu leur souplesse et ne distribuent le sang que par l'impulsion du cœur lui-même affaibli, malade. Cette circulation incomplète entraîne avec elle un vice radical de la nutrition, et doit singulièrement prédisposer à la destruction des parties molles, quand elles sont soumises à des pressions réitérées et pénibles.

Cette théorie de l'athérome artériel cause du mal perforant, surtout soutenue par Péan et Delsol, ne peut être mise en doute, et je crois que, dans bien des circonstances, les deux théories de l'athérome et de

l'innervation défectueuse se trouvent associées, liées l'une à l'autre. Mais, que d'observations établissent que le mal perforant peut se présenter en dehors de l'athérome, ou même que des sujets peuvent arriver au dernier terme de l'athérome et se trouver dans les conditions mécaniques requises pour le développement du mal perforant sans jamais en être atteints. Assurément, on ne peut admettre que l'athérome est la cause nécessaire du mal perforant ; quand il existe, il constitue simplement une prédisposition, un état général capable de favoriser son apparition.

La circulation périphérique peut être compromise par d'autres causes encore. Il reste, dans mes souvenirs, l'exemple d'un malade atteint une première fois du mal perforant plantaire qui eut successivement quatre ou cinq récidives. Cet homme, jeune encore (il n'avait que trente ans) ne présentait pas d'altérations du système nerveux périphérique ou central : on découvrait chez lui cependant une légère diminution de la sensibilité des téguments, autour de l'ulcération, signe toujours important pour affirmer le diagnostic. Cette insensibilité, à elle seule, ne suffisait pas pour indiquer une cause que démentait l'examen le plus minutieux de la moelle et des nerfs, tandis que les artères du membre offraient des lésions évidentes. Ce malade n'était point un alcoolique ; mais il avait été, plusieurs années avant, victime d'un sérieux traumatisme. Les muscles du mollet avaient été divisés et, au fond de la

plaie, une hémorragie s'était produite ; on avait du lier l'artère tibiale postérieure. Quand j'examinai ce malade, je ne retrouvai plus les battements de la tibiote derrière la malléole interne.

Je vous signale ce fait, pour bien vous faire saisir l'importance de la circulation périphérique dans l'étiologie du mal perforant, et pour vous faire comprendre que cette circulation peut être troublée de diverses manières ; aussi, devez-vous, dans l'examen clinique de la maladie qui fait aujourd'hui l'objet de notre étude, toujours penser à l'état des artères et les examiner avec le plus grand soin.

Chez le malade que vous avez sous les yeux, les artères sont frappées d'athérome, mais elles ne constituent pas la cause essentielle ; il existe des troubles nerveux périphériques et centraux. Comment méconnaître la cause nerveuse, quand nous voyons la sensibilité très compromise autour des deux ulcérations symétriques, la presque totalité du pied, surtout vers les orteils, comprise dans cette perte de la sensibilité ; la sécrétion sudorale augmentée, les poils, le système pileux exagéré, l'empâtement du tissu cellulaire et l'induration de la peau, enfin l'hypertrophie partielle du squelette de la région. Ce sont des troubles trophiques soumis dans leur évolution à des altérations nerveuses.

Par un examen plus attentif, vous découvrirez ensuite que, sur les téguments de la jambe, la sensibilité est

intacte, que les muscles de toute la jambe et du pied ont conservé leur volume et leur force. Dès lors, vous ne pensez plus à une lésion périphérique isolée, vous croyez, au contraire, que le mal est plus profond, et vous devez remonter jusqu'au centre pour interroger la moelle.

Les reflexes sont abolis ; le reflexe rotulien lui-même n'existe plus, et vous savez que sa disparition est un puissant témoignage en faveur d'une altération tabétique. Il en est de même du reflexe testiculaire.

Faites lever le malade et engagez-le à se tenir debout, il n'est pas solide sur ses pieds ; s'il ferme les yeux, il oscille et tomberait sans le secours de vos mains.

Voilà des signes qui s'accordent bien avec les douleurs fulgurantes bientôt avouées par le patient, avec des troubles de la vue, de la diplopie qui nous avertit encore quel trouble est porté sur le système musculaire de l'œil. Nous sommes à la première période de l'ataxie locomotrice, et les caractères abondent ici dans le sens d'un diagnostic étiologique précis.

L'ataxie, entre toutes les lésions, occupe une place importante dans la pathogénie, mais en dehors d'elle et des troubles vasculaires, n'y a-t-il plus que des exceptions ?

Je ne le crois pas : d'autres causes agissent encore et peuvent intervenir d'une façon certaine. Rappelez-vous ce jeune homme que je me suis attaché à vous