

sous-jacente, à bords taillés à pic et tapissée d'un débris jaunâtre putrilagineux, s'accroît excentriquement, jusqu'au moment où elle se cicatrise lentement après élimination de la partie mortifiée. D'après le fait observé par l'un de nous, ces boutons peuvent subir des évolutions diverses : les uns restent superficiels et se cicatrisent rapidement; d'autres deviennent à leur surface le siège d'une escarre sèche, profonde et noire; d'autres gagnent en profondeur et s'accompagnent d'une induration marquée des tissus dans toute leur épaisseur; d'autres s'accompagnent d'un érythème induré qui peut s'étendre à toute une région, devenir le phénomène dominant et aboutir à une mortification en masse; concurremment, il survient des adénopathies qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations qui peuvent également revêtir secondairement un aspect nécrosique; les boutons sont disséminés ou groupés en petit nombre; ils affectent surtout l'extrémité céphalique; ils se produisent également sur le devant de la poitrine et au voisinage de l'anus. Une biopsie faite en tissu sain, et l'orifice d'un adéno-phlegmon suppuré en ont été secondairement le point de départ. Les muqueuses buccales et gutturales présentent des lésions semblables.

Dans le cas de Janowsky et Mourek, il s'est également manifesté des papules qui se sont transformées en escarres avec ulcérations sous-jacentes, et cicatrices pigmentées consécutives; ce qui l'a plus particulièrement caractérisé, c'est que ces éléments se sont développés exclusivement au pourtour des glandes cutanées et des follicules pileux.

2^e Forme primitivement pustuleuse (type de Rotter) (1). — Cette forme à extension rapidement progressive en surface et en profondeur, après avoir débuté comme la précédente, se propage sous forme de pustules disséminées autour du foyer initial. Elles peuvent être superficielles ou profondes : dans ce dernier cas, leur contenu est fortement teinté de sang; leur développement s'accompagne de vives douleurs, et d'une réaction locale; la peau rougit à leur pourtour; elles s'étendent très rapidement en surface; la bulle, au bout de deux jours, se rompt; il reste une perte de substance qui se cicatrise en quelques jours. L'évolution complète de chaque élément est d'environ trois semaines. L'auteur a trouvé, dans le liquide de ces éléments, des bacilles gros et courts se rapprochant, par leur longueur, de celui de la morve : inoculé au lapin ou à l'homme, il a provoqué des pustules et la gangrène.

DIAGNOSTIC DES GANGRÈNES D'ORIGINE INFECTIEUSE. — Les conditions dans lesquelles se produisent ces gangrènes et leurs localisations permettent de les distinguer de celles qui se produisent sous l'influence d'autres causes, telles que les intoxications, les thromboses artérielles,

(1) ROTTER, *Eine neue Art von Hautgangraen mit Pustelbildung* (Dermat. Zeitschrift, Bd II, 1895).

les cautérisations et les névropathies, parmi lesquelles, en premier lieu, l'hystérie; pour ces dernières, il y a lieu de tenir compte de la couleur de l'escarre : c'est en effet chez les hystériques que l'on a observé la gangrène blanche, et, même dans des cas où la mortification dermique est précédée par une coloration érythémateuse, un examen attentif permet d'y reconnaître des parties décolorées (Balzer).

Les phénomènes concomitants peuvent également aider au diagnostic.

Étant donné la nature infectieuse d'une gangrène, il reste à déterminer si elle est *secondaire* ou *primitive* : ici, encore, l'évolution des accidents conduit au diagnostic.

Il faut prendre garde aux gangrènes provoquées artificiellement dans un but de simulation.

PRONOSTIC. — Il est variable suivant l'étendue des lésions; il a été favorable dans les cas de gangrène primitive observés jusqu'ici.

TRAITEMENT. — Il consiste exclusivement dans l'emploi de topiques antiseptiques : celui qui nous a donné les meilleurs résultats est l'eau-de-vie camphrée. Il y a lieu également, comme mesure prophylactique, d'isoler les foyers par l'application d'emplâtres. Dans les cas où, malgré les applications antiseptiques, les lésions suivent une marche envahissante, on doit les enrayer en pratiquant avec le galvano cautère une escarrification qui leur forme une barrière et peut en empêcher la propagation dans les tissus sains.

PUSTULE MALIGNÉ

On désigne sous ce nom la *localisation cutanée de l'infection charbonneuse*.

ÉTILOGIE. — La condition *sine qua non* de la production de cette affection est la pénétration dans la peau de bacilles spécifiques ou de leurs spores.

Rayer (1) et Davaine, en 1850, ont constaté, dans le sang des animaux qui en sont atteints, la présence des microbes que celui-ci a nommés plus tard *bactéridies*. Davaine a établi, le premier, une relation de cause à effet entre la présence de ces microbes et la genèse de la maladie charbonneuse (2). Il a fait voir que l'inoculation à un animal du sang qui en est chargé amène constamment chez lui le développement de cette zoonose. Un centième de goutte de sang charbonneux tue un cobaye en vingt-quatre heures, un millionième en quarante-huit heures (3). Pour que la démonstration

(1) RAYER, *Inoculation du sang de rate* (C. R. de la Soc. de biologie, 1850).

(2) DAVAINÉ, C. R. Acad. des sciences, 1863.

(3) DAVAINÉ, *Études sur la genèse et la propagation du charbon* (Acad. de méd., 1870). — *De l'incubation des maladies charbonneuses et de son rapport avec la quantité de virus inoculée* (Acad. de méd., 1873).

fût complète, il fallait cultiver le microbe en dehors de l'organisme et reproduire la maladie par l'inoculation du produit de culture ; on doit à Koch (1) et surtout à Pasteur d'avoir satisfait à ce *desideratum* : dans une série d'expériences faites avec le concours de Joubert, Pasteur a cultivé un grand nombre de fois la bactériidie charbonneuse dans un liquide approprié, et il a constaté que la dernière culture fournit un produit susceptible de reproduire la maladie par inoculation. D'autre part, il a filtré le sang charbonneux et reconnu que le produit de filtration est inerte alors que le résidu resté sur le filtre conserve ses propriétés infectantes. C'est donc bien la bactériidie qui est l'agent infectieux du charbon ; c'est elle qui, en se multipliant dans l'organisme, en trouble les fonctions par elle-même ou par ses produits, et amène la mort ; c'est par elle, par elle seule, ou par les spores dont nous allons parler, que se transmet la maladie.

Les bactériidies se présentent sous la forme de bâtonnets droits flexibles, *homogènes comme du verre* ; elles mesurent de 5 à 6 μ de longueur et de 1 à 1,5 μ d'épaisseur, et sont souvent disposées en groupes. On peut les voir, dans un liquide de culture, se développer avec une grande rapidité (2).

Elles sont *aérobies* : Pasteur a montré qu'elles absorbent dans les liquides de culture tout l'oxygène ; cultivées dans le sang, elles réduisent complètement l'hémoglobine et leur développement cesse quand la réduction est complète.

Quand on introduit sous la peau une goutte de sang charbonneux, les bactériidies se multiplient d'abord lentement au point d'inoculation, puis elles pénètrent dans les autres parties de l'organisme par l'intermédiaire de vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Quand elles envahissent les lymphatiques, elles sont d'abord arrêtées par le ganglion le plus proche, elles en déterminent l'inflammation, il s'y fait des ruptures et le parasite se répand partout. Il peut être en telle abondance dans les capillaires que les globules rouges en sont chassés. La mort a été attribuée à l'absorption de l'oxygène par le parasite aérobie, et, par conséquent, à l'asphyxie ou à l'obstruction mécanique des capillaires : ces explications ne peuvent être admises, car le sang ne renferme parfois qu'une petite quantité de bactériidies au moment de la mort, et, d'autre part, Nencki a démontré que l'oxydation physiologique s'accomplit chez l'animal charbonneux avec la même puissance que chez l'animal en bonne santé ; il est certain que le parasite produit une *substance toxique* dont l'action est la cause prochaine de troubles morbides.

Les spores ont une résistance considérable ; elles conservent pendant plusieurs années leurs propriétés infectantes, et on peut les

(1) KOCH, *Cohn's Beitr. z. Biol. der Pflanzen*, Heft 2, 1876.

(2) Voy., pour l'étude de ce microbe, HALLOPEAU, *Pathologie générale*, 5^e édition, p. 126 et suivantes.

exposer à une température supérieure à 100°, les dessécher, les priver d'oxygène, les traiter par l'alcool absolu sans les tuer ; humides, elles résistent très longtemps à l'insolation, si elles sont à l'abri de l'air ; elles meurent beaucoup plus vite quand elles sont exposées au contact de l'air.

Il faut en outre, comme pour toute autre maladie infectieuse, que le sujet auquel le bacille est inoculé lui offre un milieu de culture, autrement dit qu'il soit en état de réceptivité. Ce bacille provient directement ou indirectement de diverses espèces animales, parmi lesquelles il faut citer, en première ligne, les moutons et les bœufs, et plus rarement les chevaux et les chèvres ; exceptionnellement, il a pour origine des animaux non domestiqués, tels que les daims, les cerfs, les chevreuils, les ours ; la maladie est plus fréquente dans certaines contrées, parmi lesquelles il faut citer surtout, en France et dans ses colonies, la Beauce, la Brie et la Nouvelle-Calédonie (1), à l'étranger, la Sibérie et le gouvernement de Nijni-Novogorod. Les sujets en rapport par leur profession avec les animaux atteints sont plus particulièrement exposés à cette maladie ; il en est ainsi des bergers, des bouchers, des garçons d'écurie, des maréchaux ferrants. Le contagion peut être exceptionnellement transmis par une piqûre d'insecte, ou provenir d'un sujet infecté ; on cite, comme ayant contracté ainsi la maladie, des garçons d'amphithéâtre, et, comme l'ayant transmise, l'aiguille d'une seringue de Pravaz. Dans les villes, notamment à Paris, la contamination se fait surtout par les produits émanés d'animaux infectés, et plus particulièrement par leurs peaux ; celles-ci, en effet, conservent leur pouvoir infectant alors même qu'elles ont été travaillées ; on s'explique ainsi comment la pustule maligne peut se développer, non seulement chez les porteurs de la halle aux cuirs, mais aussi chez les tanneurs, les mégissiers, les corroyeurs, les gantiers, les selliers.

Les bacilles peuvent persister dans toutes les parties des peaux infectées : on voit ainsi la pustule maligne survenir chez des ouvriers maniant celles qui sont utilisées pour l'industrie, telles que les cornes, les crins, la laine ; on peut citer, comme exemples, les fabricants de brosses, les cardeurs de laine, les matelassiers, les ouvriers en tapis.

La réceptivité varie beaucoup d'un sujet à l'autre ; ces différences se traduisent surtout par le mode de réaction du sujet ; il n'est pas rare de voir la pustule maligne rester localisée et guérir spontanément.

Les causes qui amènent l'infection des animaux entrent, par cela même, en jeu dans la propagation de la maladie à l'homme ; il faut tenir compte surtout de ce fait que les corps des animaux enfouis peuvent rester infectés par la bactériidie ; il s'ensuit que toutes les

(1) DE LANGENHAGEN, *S. F. D.*, 1899.

causes susceptibles de ramener ces parasites à l'extérieur deviennent ainsi des causes d'infection charbonneuse : nous citerons les vers de terre et le labourage.

Les bactériidies peuvent également séjourner à la surface du sol et dans des eaux stagnantes ; on a considéré un milieu humide comme particulièrement favorable à leur développement, mais c'est loin d'être là une condition *sine qua non* ; les infections professionnelles viennent souvent nous en donner la preuve.

Toutes les parties de la surface cutanée peuvent servir de porte d'entrée aux bactériidies charbonneuses ; néanmoins, en raison même de leurs modes les plus fréquents d'origine, ce sont, dans plus des quatre cinquièmes des cas, les parties découvertes, et surtout le visage, qui sont contaminées ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les parties inférieures des membres supérieurs, le cou, la nuque, le tronc, et les extrémités inférieures. Une première atteinte de cette maladie ne confère en aucune mesure une immunité contre une infection ultérieure.

SYMPTÔMES. — La lésion initiale de la pustule maligne est une tache érythémateuse qui donne lieu à du prurit ; au bout de quelques heures, elle est légèrement saillante, et forme ainsi une petite papule au sommet de laquelle apparaît bientôt une fine vésicule remplie habituellement d'un liquide rougeâtre ; le derme sous-jacent devient rapidement le siège d'une petite escarre ; celle-ci s'étend dans la profondeur de la peau en même temps qu'excentriquement ; de nouvelles vésicules ou de véritables bulles se forment bientôt à sa périphérie ; elles reposent sur une base rouge et tuméfiée ; l'affection reste généralement apyrétique les deux premiers jours, et c'est seulement dans le courant du troisième qu'apparaît la réaction fébrile indiquant l'infection générale, soit par les bactéries, soit seulement par leurs toxines ; cependant, ces phénomènes généraux ne sont pas inévitables, et il n'est pas rare, comme nous l'avons indiqué déjà, de voir les accidents rester purement locaux et la maladie guérir spontanément par la chute de l'escarre ; en pareil cas, malgré les accidents locaux, l'organisme du sujet n'est pas en état de réceptivité pour ce contagion. Le plus souvent, il n'en est pas ainsi, l'escarre continue à s'étendre ; elle peut atteindre plusieurs centimètres de diamètre ; en même temps, le gonflement des parties voisines produit la rétraction apparente de la partie mortifiée. Ce gonflement s'étend plus ou moins loin suivant les régions ; il est particulièrement intense dans les régions où la peau lâche est facile à s'infiltrer, par exemple aux paupières ; la maladie prend alors le nom d'*œdème malin* ; les lymphatiques peuvent s'enflammer et donner lieu à la production de traînées érythémateuses autour d'un foyer d'infection ; d'autres fois, il se produit des phlébites ; les ganglions correspondants sont d'ordinaire tuméfiés ; de nouvelles bulles se développent sur les parties ainsi altérées.

La réaction fébrile est d'une intensité très variable ; le thermomètre monte souvent à 40° ; il est rare que la maladie poursuive son évolution dans l'apyrexie. L'infection générale se traduit concurremment par des troubles digestifs ; la langue devient saburrale et se sèche ; il se produit souvent des vomissements, parfois de la diarrhée ; l'anorexie est complète ; les malades accusent une sensation profonde d'abattement en même temps qu'une céphalalgie intense, de la dyspnée et parfois des sensations de défaillance ; ils peuvent éprouver simultanément des douleurs plus ou moins vives, soit dans les articulations, soit dans la continuité des membres ; dans une dernière période, que l'on peut qualifier de *collapsus algide*, la fièvre fait place à une hypothermie ; la température peut descendre à 33° ; le pouls devient impalpable, la soif est vive ; la prostration devient extrême ; les extrémités se refroidissent en même temps qu'elles se couvrent de sueurs froides ; les traits s'altèrent, le visage prend l'aspect cholériforme ; les yeux s'excellent, les lèvres prennent une teinte cyanique, la langue donne une sensation de froid à la main qui la touche ; exceptionnellement, il se produit des troubles de l'innervation encéphalique, caractérisés, soit par du délire, soit par des convulsions tétaniformes ou épileptiformes ; les malades s'éteignent sans agonie.

L'infection secondaire peut faire défaut, et la guérison est alors la règle ; cependant, les phénomènes locaux peuvent exceptionnellement prendre un caractère grave par le fait de suppurations ganglionnaires ou de phlegmons qui se développent au pourtour de la pustule initiale ; on a vu la mort en résulter.

Lorsque la pustule maligne siège aux paupières, elle y détermine une tuméfaction œdémateuse qui prend des proportions énormes : il en résulte le type clinique que nous avons mentionné sous le nom d'*œdème malin* ; on y trouve cependant le même bouton initial que dans les autres régions, les escarres, les vésicules périphériques sont les mêmes que partout ailleurs.

Comme complications, on a signalé des *accidents convulsifs*, soit *tétaniformes* avec trismus, soit *épileptiformes*, et, d'autre part, des phénomènes d'*asphyxie* liés à la compression du larynx par l'œdème du cou ; il ne paraît pas établi qu'il se soit agi en pareil cas, comme on l'a dit, d'un œdème de la glotte.

Les malades peuvent succomber du quatrième au neuvième jour après le début de la maladie ; ils peuvent mourir tardivement d'infections secondaires provoquant des phlegmasies voisines, soit de la peau, soit des ganglions. Lorsque la pustule maligne doit se terminer par la guérison, la fièvre manque complètement ou s'éteint rapidement, le gonflement local reste limité et bientôt rétrocede, sa dureté diminue, sa coloration perd son aspect livide ; parfois, il se produit de la desquamation, et les escarres se détachent en laissant

à leur place une membrane de bourgeons charnus de bon aloi.

Leroy des Barres et Weinberg (1) ont constaté que le charbon externe, alors même qu'il ne donne lieu à aucun phénomène général cliniquement appréciable, peut retentir sur l'organisme en provoquant la lactescence du sébum ; cette altération persiste durant quinze à trente-cinq jours dans les cas légers, jusqu'à trois mois dans les cas graves.

PRONOSTIC. — Il résulte des faits précédemment énoncés que cette maladie est très grave, puisqu'elle se termine fréquemment par la mort lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ; mais il faut dire, comme circonstances atténuantes, que, d'une part, elle guérit spontanément dans plus de la moitié des cas, et que, d'autre part, la thérapeutique a une action telle que l'on peut répondre de la guérison si l'on peut intervenir à temps par des moyens appropriés.

DIAGNOSTIC. — Il ne laisse pas que de présenter, surtout au début, de réelles difficultés, et il importe que tous les médecins apprennent à les surmonter, car cette maladie est de celles dans lesquelles une intervention prompte et active est impérieusement nécessaire. Quand on se trouve en présence d'un bouton isolé surmonté d'une vésicule, datant de un à trois jours, il faut penser à la possibilité d'une pustule maligne, surtout s'il occupe les parties découvertes, s'il est isolé, s'il s'est rapidement développé ; les présomptions en faveur de ce diagnostic augmentent si ce bouton se déprime dans sa partie centrale, s'il s'entoure d'une couronne de vésicules, si la rougeur et l'induration s'étendent excentriquement ; il y a certitude dès qu'il se produit une escarre de la partie centrale déprimée. Une *pustule d'ecthyma* peut momentanément en imposer pour une pustule maligne ; elle s'en distingue par sa suppuration rapide et le défaut de dépression centrale.

La lenteur de l'évolution et la présence d'éléments semblables dans le voisinage en différencient également l'*acné varioliforme*.

En réalité, il suffit pour éviter une erreur d'avoir présent à l'esprit le développement possible de cette maladie, qui est des plus rares en dehors de certains centres et de l'hôpital, où, presque chaque année, nous en observons des cas, le plus souvent chez des ouvriers travaillant le cuir.

Dans l'*œdème malin des paupières*, un examen attentif permet de reconnaître le bouton initial : il peut, le premier jour, y avoir hésitation entre le diagnostic de cet œdème charbonneux et une piqûre d'insecte : les caractères du bouton initial viennent bientôt la dissiper.

TRAITEMENT. — L'indication tirée de l'étiologie s'impose dans le traitement de cette maladie : la cause en est connue, elle est accessible à nos moyens d'action ; il faut la détruire.

Le fer rouge ne donne pas généralement les bons effets que l'on en

(1) LEROY DES BARRES et WEINBERG, *Soc. de biologie*, 14 février 1898.

pourrait attendre à *priori* : il détruit le bouton, mais il est sans action sur les bactériidies, qui, le plus souvent, se sont déjà infiltrées dans le voisinage.

Mieux vaut, de beaucoup, s'adresser aux caustiques chimiques, qui, en diffusant dans les tissus ambiants, peuvent y atteindre les parasites et les tuer.

Pour notre part, nous avons recours de préférence au sublimé ; comme les médecins de la Beauce, nous l'employons en poudre : nous en recouvrons la partie escarrifiée, après l'avoir, si elle est étendue, mise à nu par plusieurs incisions profondes ; il en résulte la formation d'une escarre plus étendue ; mais, si l'on est intervenu à temps, c'est-à-dire avant les signes d'infection générale, les lésions cessent immédiatement de se propager, la rougeur s'atténue et la maladie peut être considérée comme guérie. Cette méthode a l'inconvénient d'amener une destruction de tissu relativement considérable, mais elle n'est pas telle qu'on la dit, et, ayant vu ce traitement sauver l'existence de malades qui paraissaient fatalement perdus, nous n'hésitons pas, dans tous les cas graves, à le mettre en pratique (H.).

Si la situation est moins périlleuse, nous avons recours aux injections multipliées, à la périphérie de la lésion, soit de la solution d'iode iodurée au cinquantième, soit d'acide phénique au centième : ces injections doivent être renouvelées matin et soir jusqu'à ce que l'évolution du mal soit définitivement enrayée. On peut encore, à l'exemple de Verneuil, pratiquer simultanément des cautérisations avec le galvano ou le thermocautère et des injections de solution iodo-iodurée.

Bourgeois recommande la cautérisation avec la potasse caustique ; c'est, comme le sublimé, un caustique puissant et diffusant dans les tissus.

On a enfin préconisé les applications locales de la décoction de feuilles de noyer, de poudre d'ipéca ou d'onguent napolitain, non sans raison, puisque l'on a reconnu à ces divers agents une action bactéricide.

Pour ce qui est du traitement interne, il est banal de donner des toniques ; on conseille également la teinture d'iode, mais on ne doit pas se dissimuler que la maladie oppose une résistance absolue à toutes les médications du jour où elle se généralise.

PROPHYLAXIE. — La maladie étant le plus souvent transmise par des produits provenant d'animaux infectés, la prophylaxie humaine a pour fondement principal la prophylaxie animale et la destruction des tissus infectés.

La vaccination charbonneuse, pratiquée suivant les indications formulées par Pasteur, donne dans les campagnes les meilleurs résultats ; il est nécessaire de détruire par le feu les animaux infectés ; malheureusement, ce moyen radical est difficilement obtenu : si l'on

procède à l'enfouissement, il faut le faire très profondément, sans se dissimuler que c'est là une mesure trop souvent insuffisante. Dans les villes, il faut surtout empêcher la propagation aux ouvriers par les matériaux qu'ils manient dans leur profession : ceux-ci doivent être désinfectés avant de leur être livrés ; c'est ainsi que l'on pourra éviter aux hommes qui travaillent les cuirs l'infection par les peaux importées, soit de nos départements infectés, soit, ce qui arrive plus souvent, de pays étrangers particulièrement de l'Amérique.

LYMPHANGITES AIGÜES ET CHRONIQUES

Quel que soit l'intérêt de l'étude synthétique des lymphangites au point de vue de la pathologie générale du tégument externe, il n'entre pas dans le plan de ce livre de l'entreprendre. Les progrès de l'étude bactériologique des diverses formes de lymphangites permettent aujourd'hui de les étudier d'après leurs causes.

Les *lymphangites aiguës* sont le plus souvent d'origine streptococcique. Elles peuvent être dues à l'infection morveuse (farçon aigu).

Le staphylocoque peut même déterminer, dans des conditions exceptionnelles, un état lymphangitique aigu (A. Robin et Leredde) (1).

Les *lymphangites chroniques* des membres ont en général une tendance à s'étendre à leurs régions profondes et à y déterminer l'*éléphantiasis*. Ces lymphangites chroniques, en dehors de l'*éléphantiasis* par filaire, relèvent habituellement du streptocoque, qu'elles soient ou non consécutives à des poussées aiguës d'érysipèle : les érysipèles à répétition de la face déterminent souvent un véritable état éléphantiasique, plus ou moins intense, qui persiste entre les poussées aiguës. Chez les sujets atteints d'ulcère variqueux, l'*éléphantiasis* est dû au streptocoque (Sabouraud) ; il est précédé par un état chronique de lymphangite plus superficielle, avec rougeur et œdème dur de la peau (Voy. *Ulcère variqueux*).

La tuberculose cutanée se développe en général dans les lymphatiques de la peau. Le lupus n'est du reste qu'une lymphangite tuberculeuse réticulaire (Leredde). Toutes les formes de lymphangite tuberculeuse seront étudiées au chapitre *Tuberculose cutanée*.

D'autres formes de lymphangite chronique seront étudiées aux chapitres *Syphilis*, *Farçon*.

Pour Sabouraud, l'œdème blanc persistant, qui est un des caractères essentiels du facies scrofuleux, est dû à une lymphangite chronique d'origine staphylococcique.

Parmi les complications des lymphangites chroniques, nous en étudierons une qui intéresse particulièrement le dermatologiste, ce sont les varices lymphatiques. (L.)

(1) A. ROBIN et LEREDDE, *Un cas d'infection à staphylocoques dorés* (Arch. de méd. expér., 1893).

VARICES LYMPHATIQUES

I. — VARICES LYMPHATIQUES DE LA PEAU

Les varices lymphatiques de la peau ne sont, à proprement parler, qu'un symptôme ou qu'une complication d'une affection beaucoup plus importante : l'*éléphantiasis*, qu'il soit dû à la filaire de Médine, à la tuberculose, ou au streptocoque. Parfois, ces varices prennent un développement assez considérable ; d'autre part, l'état éléphantiasique, l'œdème chronique peuvent être modérés, et la lymphangiectasie apparaît alors comme la lésion essentielle.

Les varices lymphatiques d'origine tuberculeuse seront décrites au chapitre *Tuberculoses cutanées*.

La plupart des faits de varices lymphatiques de la peau semblent dus au streptocoque ; on trouve presque toujours chez les malades des antécédents d'érysipèle, de lymphangite, et même des poussées lymphangitiques récidivantes au niveau de la région malade.

Parmi les faits publiés, le plus grand nombre a été observé au niveau des membres inférieurs ou des organes génitaux chez l'homme ou chez la femme.

La dilatation des lymphatiques tronculaires du derme se révèle parfois par la présence de petits troncs flexueux visibles à travers l'épiderme. Sur leur trajet ou en dehors, naissent des vésicules transparentes qui sont le signe capital de l'affection, petites, parfois confluentes, et formant même des végétations translucides (Malherbe), faisant saillie sur la peau œdématiée, blanche, quelquefois rosée. Nous n'insistons pas sur l'état éléphantiasique des régions voisines.

Les vésicules se rompent spontanément, l'écoulement du liquide est indéfini (lymphorragie), au contraire de ce qu'on observe dans les lymphangiomes d'origine congénitale. Dans l'*éléphantiasis* des Arabes, l'écoulement lymphorragique peut être tel qu'il amène la mort par épuisement (Müller).

Ces lymphangiectasies dermiques doivent être distinguées des lymphangiectasies profondes dont l'étude appartient aux Traités de chirurgie.

La biopsie permet d'étudier les caractères de ces lésions. On constate la présence de cavités tapissées d'un endothélium régulier, très nombreuses en quelques points et pouvant confluer. Ces cavités se développent dans les papilles ; peu à peu l'épiderme s'amincit à leur surface, puis se rompt. Elles contiennent des globules blancs, des masses granuleuses, des cellules endothéliales desquamées. Tout autour, on constate des lésions parfois nettement inflammatoires, des