

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.

La sclérose du derme et du tissu conjonctif sous-cutané envahit d'ordinaire les régions sous-jacentes. Les muscles sont atteints de myosite interstitielle chronique avec infiltration graisseuse et dégénérescence granulo-graisseuse des faisceaux primitifs. Les os de la jambe sont atteints de diverses formes d'ostéopériostite, bien étudiées par Reclus. Exceptionnellement destructive, l'inflammation détermine le plus souvent une augmentation de volume; l'os est alors léger, spongieux, recouvert d'ostéophytes. Dans des cas très rares, le tissu de la diaphyse est dur, éburné, le canal médullaire oblitéré ou rétréci. Les articulations voisines de l'ulcère sont quelquefois intéressées; outre les lésions de l'arthrite sèche, qui sont fréquentes, on a signalé la disparition de certaines articulations, la péronéo-tibiale inférieure, l'astragalo-calcanéenne, par fusion osseuse. Quelquefois l'ankylose est fautive, et produite par des ostéophytes ou des ossifications des ligaments empêchant tout mouvement.

Les artères sont presque toujours athéromateuses; elles sont quelquefois contenues dans des gaines ossifiées. En outre, les vaisseaux artériels peuvent présenter des épaissemments inflammatoires qui ne siègent qu'au niveau des régions sclérosées et qui cessent à quelques centimètres au-dessous du ligament dorsal du pied. Les artères tibiale antérieure et postérieure peuvent doubler de volume par épaissement de leurs parois; le calibre du vaisseau reste normal ou est peu augmenté.

Les veines variqueuses adhèrent intimement au tissu cellulaire et ressemblent à des sinus creusés dans la sclérose; à la coupe, elles restent béantes, comme les veines sus-hépatiques. Exceptionnellement, les altérations veineuses peuvent être d'un autre ordre: il arrive que la saphène interne, par exemple, comme l'a vu Fabre, se rétrécisse et même s'oblitére sur une grande étendue de son trajet à la jambe sans qu'on puisse dire avec certitude si cette sténose est primitive, et provocatrice de la pachydermie, ou si, au contraire, elle en est la conséquence.

Les ganglions lymphatiques sont entourés d'une atmosphère cellulo-graisseuse indurée, qui les fait paraître, à la palpation, plus gros qu'ils ne sont réellement. Leur consistance ferme rappelle celle du tissu hépatique; leur surface est d'un rouge violacé, leur centre grisâtre ou jaunâtre. Ils sont transformés en tissu fibreux et leur imperméabilité joue un rôle évident dans la production et la persistance de la dermite pseudo-éléphantiasique.

Les lésions des nerfs ont été surtout étudiées par Quénu; elles peuvent varier, d'une simple dilatation des vaisseaux nourriciers avec hypertrophie peu considérable du tissu périfasciculaire jusqu'à un véritable étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois intra et extrafasciculaire, avec formation, dans l'épaisseur du cordon, d'un véritable tissu caverneux.

V

DIAGNOSTIC

Ce sont les altérations générales de tous les éléments du membre, l'infirmité si caractéristique du terrain, les signes objectifs et subjectifs de la présence des varices, ce sont en un mot tous les troubles concomitants sur lesquels nous avons si longuement insisté, qui serviront de base au diagnostic. C'est ainsi que cet ensemble symptomatique empêchera, dans la période préparatoire, de confondre l'atrophie cutanée, limitée au pied et à la jambe, avec la *sclérodermie*. A la période ulcéreuse proprement dite, il peut se présenter des difficultés d'interprétation assez grandes, du fait de la prédilection que prennent pour les membres variqueux certaines lésions ulcéreuses spécifiques. A une investigation consciencieuse des commémoratifs et de l'état de l'économie, il faudra joindre une étude attentive de l'altération cutanée. L'ulcère variqueux proprement dit est ordinairement unique et siège presque toujours à la partie inféro-interne du tibia: il est en général assez grand et elliptique; ses bords non décollés se continuent avec le fond, qui dépasse rarement le tissu cellulaire sous-cutané; le liquide qui suinte à sa surface ne se concrète pas en croûtes. Mais, lorsque l'eczéma a joué le rôle d'agent provocateur, il y a le plus souvent au début plusieurs ulcérations, disséminées, superficielles, arrondies ou polycycliques par coalescence. C'est alors qu'il pourra être malaisé de les distinguer d'avec les *ulcérations syphilitiques* qui, elles aussi, sont multiples, arrondies et coalescentes; mais elles sont groupées en arc de cercle, entourées d'une auréole jambonnée; leurs bords sont nettement découpés dans l'ecthyma, décollés dans la gomme; leur fond est tapissé d'un bourbillon jaune; elles peuvent prendre une marche serpigineuse.



FIG. 166. — Ulcère variqueux, jambe gauche. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1506. Fournier, 1890.)

neuse ou térébrante et perforer les aponévroses. Mais, comme le fait remarquer avec raison A. Broca, l'ecthyma simple qui revêt la forme gangreneuse par débilitation locale des téguments possède des caractères analogues, et de plus les ulcérations spécifiques répandues sur un membre variqueux perdent



FIG. 167. — Ulcère simple de la jambe simulant une gomme syphilitique ulcérée. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 287. Besnier, 1875.)

facilement leur physionomie typique pour prendre plus ou moins celle de l'ulcère variqueux, réalisant ainsi ce que Verneuil appelait l'hybridité syphilitico-variqueuse. Il ne faut pas non plus attacher de valeur spécifique aux cicatrices pigmentées qui auraient succédé aux ulcérations guéries, car les causes les plus banales peuvent attirer et fixer du pigment sur les membres variqueux. Il y a donc certainement des cas où il faut recourir au traitement hydrargyrique pour s'éclaircir.

Le lupus tuberculeux ulcéré est exceptionnel au membre inférieur, et ne saurait présenter quelque difficulté diagnostique que lorsqu'il s'accompagne d'un certain degré de pachydermie; mais on trouvera toujours quelques nodules lupiques à la périphérie de l'ulcération. De même dans les ulcérations consécutives aux suppurations osseuses dues à la tuberculose, l'exploration fera reconnaître l'existence de fistules osseuses. Les gommès tuberculeuses ulcérées pourraient plus aisément induire en erreur, si elles n'étaient caractérisées par leur petite étendue, par le décollement et la lividité de leurs bords.

Au besoin, l'inoculation du pus au cobaye lèverait tous les doutes. La recherche du bacille de Hansen sera le plus sûr et le plus commode moyen d'investigation, dans les cas, du reste bien rares, où l'on pourrait hésiter en présence d'une ulcération lépreuse, compliquée de tuméfaction éléphantiasique.

L'étude des nombreux ulcères des pays chauds n'a pas encore été faite d'une façon assez complète pour qu'il soit possible de donner ici les éléments d'un diagnostic entre l'ulcère variqueux et ces lésions dont l'aspect semble être très variable et l'étiologie confuse. Un grand nombre d'entre elles paraissent ressortir à la syphilis.

VI

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous avons suffisamment exposé plus haut les diverses phases de l'affection qui nous occupe pour n'avoir pas à revenir ici sur son évolution. Rappelons seulement qu'elle est lente, progressive, et que l'ulcération, abandonnée à elle-même, aboutit presque fatalement aux lésions de la pachydermie pseudo-éléphantiasique, qui s'établit à la suite de poussées lymphangitiques successives. La guérison est toujours longue à obtenir, et elle n'est le plus souvent que temporaire, les récidives étant la règle. On arrive, à force de soin, à faire cicatrifier la lésion ulcéreuse; on n'atteint pas les lésions profondes des tissus, des vaisseaux et des nerfs, on est sans action sur l'infirmité du membre.

C'est dire que le pronostic, bénin quant à la vie — l'érysipèle mortel et les infections gangreneuses ne sont guère à redouter que chez les diabétiques — est grave quant aux fonctions et à la santé du membre. On peut dire cependant que la guérison est, chez le vieillard, beaucoup plus lente, et qu'elle est aussi plus durable chez les malades auxquels leur condition de fortune ou la nature de leurs occupations permettent de prendre des soins et des précautions méthodiques et d'éviter toute fatigue locale.

C'est en effet le repos, — et le repos absolu — qui est la condition *sine qua non* de la guérison. Le malade restera donc au lit, la jambe élevée, ou tout au moins horizontale. C'est du reste la prescription à laquelle il se soumet en général le moins aisément. Mais si elle est suivie avec fidélité, on ne tarde pas à voir se produire une amélioration notable, sous cette seule influence. En même temps, il faudra avant tout nettoyer la surface de l'ulcère, la débarrasser de tous les débris épithéliaux ou purulents qui l'encombrent. On y parviendra facilement, en général, par l'emploi de pansements antiseptiques humides, consécutifs à une toilette minutieuse. On évitera les antiseptiques forts, à cause de l'extrême susceptibilité des téguments infirmes environnants. Les solutions boriquées, au besoin le sublimé au 1/5000^e suffiront en général à remplir cette indication. Si la suppuration de l'ulcère était fétide, on aurait recours au permanganate de potasse très étendu. Il importe, à cette première période du traitement, de maintenir l'humidité du pansement par l'enveloppement au taffetas gommé.

Une fois la détersion obtenue et la sécrétion réduite au minimum, il faudra au contraire espacer les pansements, qui devront être secs. Ambroise Paré professait déjà cette opinion que l'on déshabillait trop souvent les ulcères. Aux bandelettes imbriquées de diachylon, préconisées jadis par Baynton, à l'emplâtre de Vigo, ou même à la compression par une bande de caoutchouc vantée par Henry A. Martin (du Massachusetts), on préfère aujourd'hui les poudres : iodoforme, iodol, aristol, sous-carbonate de fer, bicarbonate de soude. On y joindra naturellement la compression ouatée.

Il arrive souvent qu'après avoir progressé rapidement vers la cicatrisation sous l'influence du traitement méthodique, l'ulcère de jambe devienne stationnaire, et, qu'arrêté à des dimensions restreintes, il semble avoir une tendance à s'éterniser dans cet état. C'est alors que le médecin aura besoin de tout son tact et de toute sa patience pour empêcher le malade de se décourager et de négliger les précautions qui avaient assuré l'amélioration du début. On pourra varier les topiques employés, combattre l'atonie des bourgeons charnus par des applications de vin aromatique, ou au besoin par des badigeonnages discrets avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 1/2 pour 100. Si les bords deviennent calleux, on pourra essayer des scarifications. Mais le meilleur procédé est encore l'emploi des greffes épidermiques de Reverdin, ou dermo-épidermiques de Thiersch. Les incisions circonférentielles discontinues pratiquées dans la peau pachydermique à environ 1 centimètre des bords de l'ulcère, ont donné de bons résultats entre les mains d'anciens chirurgiens, tels que Hogden et Dolbeau. Mais il est rare que, de nos jours, on soit obligé d'avoir recours à des procédés aussi radicaux.

La cicatrisation une fois obtenue, il faut éviter la récurrence; et cela n'est pas une tâche facile, surtout lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas le plus fréquent, de malades appartenant à la classe pauvre. La principale indication est d'éviter la fatigue, la marche et la station debout. On prescrira l'usage d'un bas élastique ou d'un bandage compressif, une hygiène minutieuse de la peau. Le massage, judicieusement employé, sera souvent utile pour combattre la pachydermie.

Bibliographie :

- ANDRAL, *Précis d'anatomie pathologique*, 1829, t. I, p. 190. — AUZILHON, *Introduction à l'étude de l'ulcère simple*. Mém. couronné par la Soc. de méd. et de chir. prat. de Montpellier, 1869. — BAZIN, *Leç. théor. et prat. sur la syph.* Paris, 1868. — B. BELL, *A treatise on the Theory and Management of Ulcer*. Edinburgh, 1778. — BAYNTON, *Description and Account of a new meth., etc.* London, 1797. — BOYER, *Rapport du cons. des hôp. sur le traitement des ulcères au Bureau central*. Paris, 1851. — A. BROCA, *Thèse de Paris*, 1886. — BULKLEY, *Arch. of dermat.* New-York, 1877, t. III, p. 527. — DELPECH, *Précis élém. des mal. réputées chirurgicales*, t. III, p. 251. — GILSON, *Ulcérations, ulcères*. *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVII. — HOGDEN, *Ulcer*. *Encycl. internat. de chir.*, 1885. — JEANSELME, *Thèse de Paris*, 1888, et *Gaz. des hôp.*, 1888, n° 86. — LÉVEILLÉ, *Nouvelle doct. chir.* Paris, 1812. — MARJOLIN, *Dict. en 50 vol.*, 1846, XXX. — MARTIN, *Trans. Amer. med. Ass. Philadelphie*, t. XXVIII, p. 589. — J.-L. PETIT, *Traité des maladies chirurgicales*. — QUÉNU, *Revue de chir.*, 1882, p. 177. — RECLUS, *Progrès médical*, 1879, p. 955. — RICHERAND, *Dict. en 60 vol.*, 1821, t. LVI. — SCHREIDER, *Thèse de Paris*, 1885. — SCHWARTZ, *Varices*. In art. *Veines* du *Dict. en 40 vol.*, t. XXXVIII. — SÉJOURNET, *Thèse de Paris*, 1877. — SPENDER, *Lancet*, 5 mai 1875. — TERRIER et JAMIN, *Man. de path. et de clin. chir.*, 1876, t. I, p. 175. — UNNA, art. *Geschwür* in *Histopathologie der Hautkrankheiten*. — VERNEUIL, *Gaz. hebdom.*, 1855, p. 524; 1861, p. 428; 1877, p. 59.

ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS. — Voir l'article ci-après.

ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS.

Par L. RAYNAUD (d'Alger).

ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS

Historique. — En 1857, Vinson décrit sous le nom d'*ulcère de Mozambique* une épidémie de plaies gangreneuses qu'il avait constatée sur la côte orientale d'Afrique; cinq ans plus tard Chapuis observait une affection semblable à la Guyane; à la même époque Cras, Laure, Richaud et les médecins de la colonne expéditionnaire de Cochinchine faisaient connaître l'*ulcère annamite*. L'attention étant appelée sur ces manifestations phagédéniques, les médecins établis aux colonies signalaient des ulcères analogues au Sénégal, en Arabie, à Madagascar, aux Indes, en Océanie et Malaisie, à la Guadeloupe, etc.

Leroy de Méricourt et Rochard (1862), reprenant cette étude, identifiaient les plaies représentées comme spéciales à chacune de ces contrées et les réunissaient sous le nom d'*ulcère phagédénique des pays chauds*, classification qui fut depuis adoptée à peu près par tous les cliniciens.

A partir de 1884, des recherches bactériologiques furent faites dans différents pays: tandis que Le Dantec à la Guyane, Clarac à la Martinique, Petit à Mayotte, Boinet au Tonkin, constataient des bacilles dans la pulpe recouvrant les ulcères, d'autres, comme Daniel, Bourguet et Rietsch (1885), etc., y trouvaient tantôt des microcoques seuls, tantôt des associations microbiennes variées.

L'expédition de Madagascar permit d'étudier à nouveau le phagédénisme tropical au point de vue clinique et bactériologique. Les convoyeurs kabyles, presque tous porteurs d'ulcères malgaches, furent à leur retour envoyés au lazaret de Matifou; les symptômes qu'ils présentaient étaient tels que, chargé de fournir un rapport officiel sur leur état sanitaire, nous n'hésitions pas à affirmer qu'ils étaient atteints de pourriture d'hôpital dans sa forme la plus hideuse et la plus grave, diagnostic d'ailleurs confirmé par les médecins qui eurent à soigner ces blessés⁽¹⁾. D'autre part, H. Vincent découvrit dans l'exsudat pulpeux qui recouvrait les plaies de ces malades un bacille immobile, non cultivable, qu'il démontra être bien la cause de la gangrène nosocomiale⁽²⁾.

Ce bacille, rencontré depuis à Paris par Coyon dans un cas de gangrène ordinaire, présentait de grandes analogies avec celui qui avait été observé dans l'ulcère tropical par Le Dantec, Clarac, Petit, etc. Le Dantec, fort de cette identité bactériologique, s'appuyant d'autre part sur des recherches clini-

⁽¹⁾ BRAULT, *Maladies des pays chauds*. GÉMY, LEGRAIN, etc.

⁽²⁾ H. VINCENT, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1896.