

dénique est indéfinie, la période aiguë varie entre un et plusieurs mois, puis la surface sphacélée s'élimine et il reste un ulcère atone qui persiste, se cicatrise pour s'ouvrir de nouveau à la suite d'un traumatisme ou même spontanément. Les récurrences, signalées par tous les auteurs, sont en effet fréquentes; elles peuvent se reproduire même lorsque le malade a depuis longtemps quitté les pays chauds. Il semble en ce cas que la cicatrice, sensible au moindre choc, conserve des germes infectieux qui n'attendent qu'une occasion pour revivre. C'est ainsi qu'actuellement, c'est-à-dire six ans après la campagne de Madagascar, nous revoyons encore à Alger des convoyeurs kabyles revenir demander des soins pour des ulcérations nouvelles survenues sur leurs anciennes plaies; il est vrai que beaucoup, exploitant la charité publique, n'hésitent pas à aider un peu à la récurrence (Fig. 170 et 171).



FIG. 172. — Ulcère phagédénique (malgache). — L'ulcère, après avoir détruit les muscles et le tissu cutané de la région postérieure de la jambe, a laissé une atrophie et une rétraction des tendons telle que le malade n'appuie plus que sur la pointe du pied; il y a une distance de 10 centimètres entre le sol et le talon. (Malade de Raynaud, photographie du laboratoire de l'hôpital d'Alger.)

**Complications.** — Lorsque la plaie n'est pas soignée, elle se complique de tétanos, d'érysipèle, de lymphangite avec œdème chronique du membre, ou bien de névrite avec atrophie des muscles; la gangrène peut atteindre tous les tissus et déterminer les ravages signalés autrefois dans la pourriture d'hôpital et que nous avons retracés plus haut. La mort survient dans la cachexie et le marasme, conséquence de la suppuration et du mauvais état général antérieur à l'infection.

Quand, après de longs mois de traitement, on a réussi à ne pas amputer le membre, ce qu'on est d'ailleurs obligé souvent de faire, des cicatrices foncées, adhérentes, indélébiles s'établissent; cicatrices vicieuses, chéloïdiennes, amenant de la raideur, du raccourcissement, de la contracture ou des atrophies musculaires, il en résulte une impotence fonctionnelle considérable (Voir Fig. 172).

**Pronostic.** — Ce que nous venons de dire de la durée et des complications de l'ulcère tropical indique assez combien cette affection est grave; grave par sa ténacité désespérante, par sa chronicité, sa tendance aux récurrences aussi longues à traiter et aussi étendues que la première invasion, grave enfin par sa cicatrisation déformante et les désordres qu'elle produit dans l'état général.

**Pathogénie.** — L'observation générale démontre que l'ulcère phagédénique est endémique dans la zone intertropicale, surtout dans les régions humides

des marais et des rizières; en l'occurrence l'influence climatique, déjà signalée par Treille, se trouve confirmée par Moty qui remarque son accroissement par les temps chauds et pluvieux. La moindre solution de continuité dans l'épiderme, les érosions produites par les chaussures, les échardes de bambou, les piqûres de moustiques, de puces chiques, de sangsues, les sillons galeux, les nodosités du dragonneau, les injections sous-cutanées de quinine, etc., sont autant d'occasions favorisant l'apparition de l'ulcère. Toutes les plaies cependant ne se couvrent pas de phagédénisme, et les piqûres de moustiques, si abondants dans les régions torrides, ne sont jamais, non plus que les plaies par armes à feu, transformées en ulcères lorsqu'elles siègent au visage. Ajoutons encore qu'une des conditions prédisposant le plus au phagédénisme se trouve dans l'affaiblissement de l'état général, la misère physiologique, qu'elle résulte de maladies infectieuses, tuberculose, dysenterie, malaria, syphilis, lèpre, etc., ou d'intoxications chroniques, alcool, opium. Les accès paludéens sont suivis de poussées nouvelles de phagédénisme, et cependant on ne peut pas dire que la gravité de l'ulcère soit proportionnée à la cachexie. Les troubles vasculaires ou cutanés locaux sont favorables à la complication gangreneuse; les variqueux, les eczémateux seront plus facilement atteints.

Il faut dire aussi que dans beaucoup de pays la façon de traiter les plaies est éminemment propre à provoquer des manifestations septiques (1). Les malades, indigènes ou européens, qui chaque année se présentent dans notre service avec des ulcères pultacés, portent des pansements de la plus ignoble malpropreté: chiffons maculés de sang, de pus, de terre, de cendres, tabac, bouse de vache (2), etc.

La clinique en observant que ce sont surtout les indigènes des pays chauds, peuples débiles et dont les membres inférieurs sont exposés aux érosions, qui contractent le phagédénisme, semblait accuser le sol humide d'être le propagateur de l'affection. Le Dantec a confirmé cette notion par des expériences bactériologiques (3). Persuadé que le germe de la maladie a pour habitat la terre, comme celui du tétanos et de la septicémie, il a inoculé à des cobayes de la terre provenant de régions où le phagédénisme est endémique (Cochinchine, Madagascar, Guyane, etc.). Le plus souvent les animaux sont morts de septicémie, quelquefois de tétanos; dans un cas, avec de la terre provenant de Cochinchine il a pu reproduire chez le cobaye un ulcère phagédénique contenant en amas considérables le bacille de la pourriture d'hôpital. Avec de la terre délayée dans de l'eau stérilisée, une écharde de bois avait été placée

(1) Dans la thèse de Gershon Ramisiray (Paris, 1901), nous trouvons les traitements suivants en usage à Madagascar contre les plaies: y appliquer des toiles d'araignées, uriner dessus, plonger la région blessée dans un trou creusé dans la terre et rempli d'urine, etc.; « quant aux ulcères, dit l'auteur, il ne faut pas les laver, mais entretenir une douce malpropreté ».

(2) Un de nos malades eut une plaie banale transformée en ulcère phagédénique qui dura huit mois; grâce au procédé d'un empirique espagnol qui chaque matin crachait sur la blessure, la léchait pendant un quart d'heure, puis la recouvrait d'un linge quelconque.

(3) LE DANTEC, *Congrès de Paris*, 1900.



dans la plaie, car on a remarqué que les blessures causées par le bambou sont suivies d'ulcères, provoqués sans doute par le corps étranger souillé de terre.

**Étiologie.** — Le microbe de la pourriture d'hôpital, décrit en 1896 par H. Vincent, dans un travail remarquable des *Annales de l'Institut Pasteur*, se rencontre en si grande abondance dans l'ichor et la pulpe pseudo-membraneuse des ulcères qu'on peut dire que celle-ci constitue « une véritable culture parfois pure ». C'est un bacille immobile de 4 à 8  $\mu$  de long sur 1  $\mu$  de large, rectiligne, parfois incurvé, se présentant aussi sous la forme de filaments simples ou segmentés; il ne se colore pas par le Gram et ne cultive dans aucun milieu.

Bien que la pourriture d'hôpital soit considérée comme contagieuse, des essais d'inoculation tentés par certains auteurs restèrent sans succès; H. Vincent démontra comment les expériences n'ont pas toutes donné les mêmes résultats. Inoculé à l'état de culture pure sur des animaux ou sur l'homme en bonne santé, le bacille ne provoque aucune réaction; il ne devient contagieux qu'à la faveur de circonstances particulières qui sont de deux ordres : 1° Influence du terrain; un lapin tuberculeux, cachectique, inoculé au flanc présente au quatrième jour un ulcère phagédénique pulpeux contenant des bacilles caractéristiques; 2° renforcement de virulence par association d'un autre germe; l'injection simultanée du bacille et de microbes divers (staphylocoque, bacille coli, bacille pyocyanique, de Friedlander, etc.) détermine un abcès à fausse membrane.

Ainsi donc le bacille de H. Vincent ne peut produire de lésion que si le sujet est prédisposé par une affection qui le cachectise, ou si la plaie est infectée primitivement par un microbe banal; la prophylaxie consistera à désinfecter les plaies, opération qui, en détruisant ces bactéries favorisantes, empêche l'installation et la reproduction du germe de la pourriture d'hôpital.

**Diagnostic.** — Si l'on avait toujours réservé le terme d'*ulcère phagédénique des pays chauds* aux seules plaies recouvertes de putrilage, le diagnostic ne présenterait aucune difficulté, mais on a partout tendance à donner ce nom à toute plaie coloniale, qu'elle soit ou non gangreneuse.

Les symptômes de l'ulcère phagédénique, caractérisé par une fausse membrane, sont tels qu'il ne semble pas qu'on doive l'assimiler au clou de Biskra comme le voudrait Dumont. De même, certains ulcères non sphacelés, décrits comme plaies de l'Annam ou du Gabon, ne paraissent pas répondre exactement à notre définition. Il est vrai de dire cependant que, lorsque la couenne putrilagineuse a disparu, l'ulcère phagédénique ressemble absolument à tous les ulcères des pays chauds et des régions tempérées, et la confusion à cette période est très légitime.

Ainsi que le fait remarquer Jeanselme, la plupart des soi-disant ulcères tropicaux relèvent de la syphilis; c'est avec cette dernière affection qu'il y aura lieu surtout de différencier les manifestations du phagédénisme. Comme

les moindres solutions de continuité peuvent s'infecter du bacille de H. Vincent et prendre la forme pultacée, il est évident qu'on rencontrera des fausses membranes sur des plaies simples comme sur des boutons endémiques, des gommès tuberculeuses, syphilitiques ou lépreuses. Le clinicien devra rechercher le substratum pathologique prédisposant et traiter le malade en conséquence; les syphilitiques seront en général améliorés par le traitement hydrargyrique et les tuberculeux ou lépreux se trouveront bien d'un régime reconstituant auquel on devra les soumettre, en même temps qu'on détruira le putrilage gangreneux (Fig. 175).

Il est aussi avéré que tous les gens anémiés peuvent avoir des ulcères atoniques ou serpiginieux qui n'ont rien de commun avec le phagédénisme à sphacèle; il n'y a pas de raison pour dénommer ulcère des pays chauds les plaies variqueuses, les gommès scrofuleuses, les ecthymas,

les furoncles qui s'accroissent ou demeurent stationnaires dans nos régions comme dans les régions chaudes. Nous devons de même écarter des maladies tropicales le phagédénisme qui s'établit sur les chancres simples ou syphilitiques; outre leur siège spécial, ces lésions ne se recouvrent pas de fausse membrane (Fig. 174).

Signalons encore les accidents causés par la puce chique, qui d'après Toussaint (*Caducée*, 1902) rappelleraient l'ulcère des pays chauds; la présence des œufs et du corps du parasite, l'absence du bacille de H. Vincent permettent de faire le diagnostic.

Nous passerons rapidement sur la diphtérie qui peut dans certains cas se manifester sur une plaie; la couenne est loin d'être aussi épaisse et adhérente,



Fig. 175. — Phagédénisme chez un lépreux. (Malade de L. Raynaud.)



l'ulcération n'est pas aussi profonde que dans le phagédénisme; d'autre part, la diphtérie cutanée coïncide presque toujours avec celle de la gorge et s'accompagne de fièvre, d'albuminurie, de lymphangite, d'adénite, etc.; phénomènes généraux et locaux qui manquent dans l'ulcère tropical.

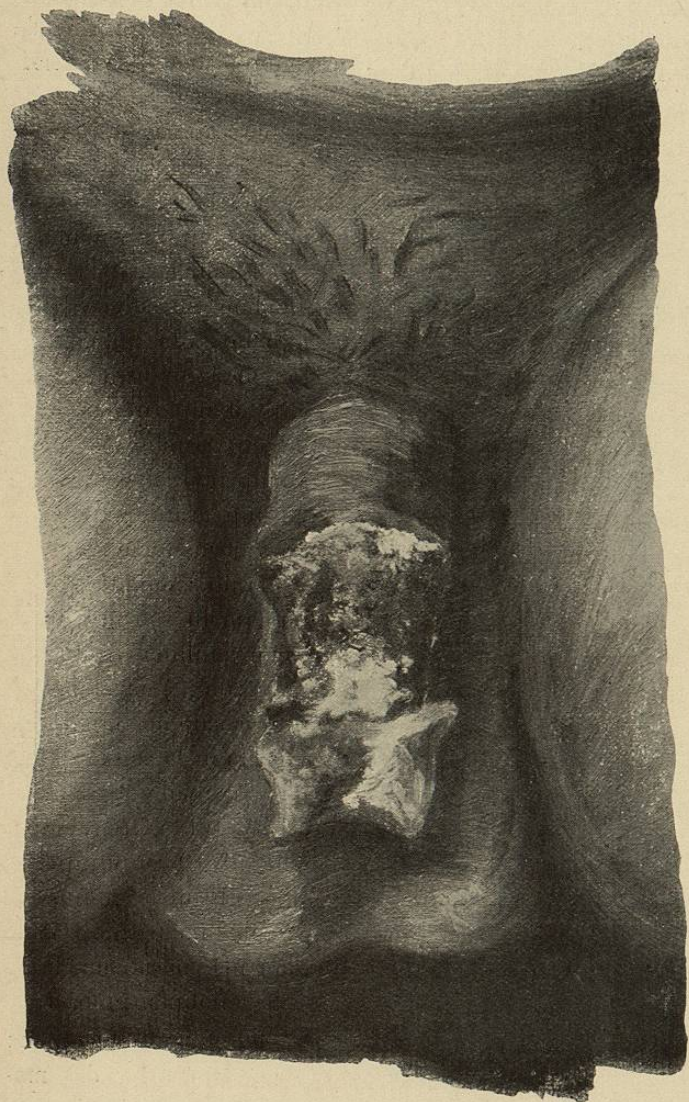


Fig. 174. — Chancre syphilitique phagédénique chez un Arabe. — Ulcération serpiginieuse non diphtéroïde, ayant détruit une partie du gland et du dos de la verge. (Observation de Gemy.)

campagne de surveiller minutieusement la moindre ulcération. De même devront être nettoyées, puis cautérisées à la teinture d'iode, à l'ammoniaque, à l'alcool, les piqûres de sangsues, de moustiques, d'animaux quelconques, les éraflures par épines ou échardes de bois. On cherchera à obtenir des porteurs et auxiliaires indigènes, si précieux dans les expéditions coloniales, qu'ils

mènes généraux et locaux qui manquent dans l'ulcère tropical.

**Traitement.**—

Ce que nous savons de l'étiologie et de la pathogénie de l'ulcère doit nous indiquer les mesures prophylactiques propres à éviter cette infection. Comme il est avéré que les Européens peuvent, quoique moins rarement, être atteints de phagédénisme, il sera nécessaire de veiller avec soin aux blessures produites par la chaussure; la toilette fréquente des pieds ne pouvant être faite sans exposer l'épiderme à une plus grande vulnérabilité, il sera recommandé aux troupes en cam-

garnissent leurs membres inférieurs d'étoffe ou de cuir destinés à les protéger.

En même temps il sera d'une bonne hygiène de soutenir le moral et le physique des troupes, d'éviter le surmenage, les travaux pénibles que l'on réservera exclusivement aux indigènes du pays; toutes les causes prédisposantes (fièvre, dysenterie, dothiéntérie, etc.) devront être prévenues et les malades évacués aussitôt que possible. Enfin on ne saurait trop recommander d'éviter les fautes commises lors de la campagne de Madagascar, et de préparer ces expéditions comme les Anglais nous en ont donné l'exemple au pays des Achantis.

La moindre excoriation, la moindre blessure sera dès le début aseptisée; il faudra surtout recouvrir les blessures pour éviter leur contamination par la terre ou l'eau bourbeuse des marécages, puisqu'il paraît démontré que là se trouve le germe de l'infection; les plaies simples traitées proprement ne deviendront pas phagédéniques.

Si malgré toutes précautions l'ulcère gangreneux s'est développé, la première indication sera de détruire le putrilage épais qui le recouvre; les moyens sont nombreux et varient avec les chirurgiens; les uns emploient la curette, les autres les acides purs (acides phénique, azotique, chromique), certains la teinture d'iode ou le nitrate d'argent; d'autres enfin le thermocautère. Manson et Davidson recommandent de chloroformiser le malade et d'appliquer sur la plaie de l'acide phénique pur, le pansement se fait sous le spray avec une solution de ce même acide.

Une fois l'escarre tombée, on se trouve en présence d'une large plaie simple qu'il s'agit de mener à cicatrisation. Les topiques les plus divers sont ici utilisés: le salol, l'iodoforme, le sublimé en pommade, le sous-carbonate de fer, les poudres de charbon, camphre et quinquina, le vin aromatique, les compresses antiseptiques fortes, bichlorurées ou phéniquées, etc.

Parfois les lésions, au lieu de régresser, vont en s'étendant, sans se couvrir pourtant de l'enduit pultacé; c'est alors que la poudre au chlorure de chaux au 1/10<sup>e</sup>, les compresses imbibées d'eau de Labarraque, l'éther camphré, le sublimé à 1/500<sup>e</sup>, les applications prolongées ou les attouchements avec le perchlorure de fer au 1/15<sup>e</sup>, le chlorure de zinc depuis le 1/1000<sup>e</sup> jusqu'au 1/10<sup>e</sup>, ou la solution ferrico-potassique concentrée, les lavages au permanganate de potasse à 1/4000<sup>e</sup> et même à 1/1000<sup>e</sup>, ou au sulfate de cuivre à 1/1000<sup>e</sup> pendant plusieurs heures ou répétés plusieurs fois par jour, peuvent rendre de grands services; on recommande encore la teinture d'aloès, l'occlusion avec des bandelettes de Vigo ou de diachylon.

Mais souvent toutes les préparations antiseptiques ne font qu'irriter davantage la plaie et retarder indéfiniment la guérison; aussi dans ce cas le mieux, lorsque le putrilage a disparu, est-il de faire simplement de l'asepsie et de panser la plaie avec de l'eau bouillie. C'est cette observation qui a déterminé Roux (\*) à traiter l'ulcère phagédénique uniquement par l'eau chaude à 55 ou

(\*) Roux, *Caducée*, 1901.



60 degrés (lavages et compresses à demeure), et Uhlmann, par le chauffage à l'air sec.

Enfin, par les moyens plus haut signalés, on a détruit toute virulence de la plaie; mais la cicatrisation tarde à se faire, l'ulcère est calleux, atone. On doit alors avoir recours à tous les procédés en usage dans le traitement des ulcérations variqueuses: l'immobilité au lit avec la jambe élevée et l'appareil plâtré, l'application de bandelettes imbriquées, la compression, le massage du pourtour de la lésion, les greffes épidermiques ou les greffes de Tiersch qui donnent d'excellents résultats. Les scarifications des bords de la plaie et surtout la cautérisation au galvanocautère ou au thermocautère, couramment usitées à Alger depuis de nombreuses années, réussissent assez rapidement à en diminuer l'étendue et la durée.

Voici comment nous procédons, suivant la pratique de Gemy: un tampon de coton imbibé de solution de cocaïne au 1/20<sup>e</sup> est placé sur l'ulcère durant cinq ou dix minutes afin de l'anesthésier<sup>(1)</sup>; puis, avec le couteau du thermocautère, on forme un quadrillage léger sur toute la surface cruentée; et les bords durs, calleux, sont scarifiés dans les mêmes conditions par l'appareil porté au rouge; ces cautérisations sont renouvelées tous les deux ou trois jours.

En définitive, le traitement si varié de l'ulcère phagédénique peut être ainsi établi, d'après les phases de l'affection:

1<sup>o</sup> *A la période de début.* Asepsie de la plaie; l'isoler des contaminations extérieures, la cautériser au besoin avec l'iode, l'ammoniaque, etc.

2<sup>o</sup> *A la période de putrilage.* Cautérisation profonde aux acides ou mieux au thermocautère; curetage et excision de l'escarre; pansements aux poudres de quinquina, camphre et charbon.

3<sup>o</sup> *Période; la plaie non pulpeuse est encore un ulcère serpiginieux virulent.* Cautérisation des bords et des anfractuosités avec le thermocautère, après cocaïnisation locale tous les trois jours ou plus souvent; lavages et pansements quotidiens à l'eau bouillie chaude.

4<sup>o</sup> *A la période atonique.* Repos allongé, scarifications ignées, compresses bouillies, bandelettes de Vigo, ou greffes.

En même temps qu'on applique le traitement local, il ne faut pas oublier de remonter l'état général, souvent très compromis. La dysenterie, la glycosurie, le paludisme, la tuberculose, seront combattus par des moyens appropriés; on ne négligera pas de rechercher avec soin les stigmates de syphilis et, dans le doute, d'essayer le traitement spécifique, alors que l'ulcère résiste aux procédés ci-dessus mentionnés. Dans notre pratique, nous nous sommes toujours bien trouvé de faire prendre aux malades du sirop iodotannique ou d'iodure de fer, de l'arsenic et plus spécialement du cacodylate de soude en

(1) Il n'y a pas absorption de la cocaïne, nous avons laissé des tampons pendant vingt minutes et parfois plus sur des plaies larges comme la paume de la main sans avoir jamais eu d'accident.

injections de 5 à 10 centigrammes par périodes de dix jours avec repos d'une semaine<sup>(1)</sup>.

Il va sans dire que, lorsque les lésions sont trop étendues, le tissu osseux atteint de gangrène, le grattage des fongosités des séquestres doit être fait, et la résection ou l'amputation même sont souvent indiquées. En général, après cette dernière opération, la cicatrisation se fait par première intention.

ULCUS RODENS. — Étym.: du latin *ulcus, ulceris*, qui tient au grec *ἔλκος*, ulcère, et *rodens*, participe présent de *rodere*, ronger. — Syn. d'épithéliome.

Voir l'article: *Épithéliome*, t. I, p. 595.

ULÉRYTHÈME. — Étym.: de *ὄλησις*, cicatrice, et *ἐρυθμα*, rougeur.

Sous ce nom, Unna a décrit tout un groupe peu homogène de faits que caractérisent objectivement: 1<sup>o</sup> une inflammation érythémateuse d'aspect des téguments; 2<sup>o</sup> puis une atrophie cicatricielle consécutive.

Il y fait rentrer:

A. *L'ulérythème centrifuge*: c'est le lupus érythémateux;

B. *L'ulérythème ophryogène*: c'est un des aboutissants possibles de la kératose pileaire;

C. *L'ulérythème sycosiforme*, qui correspond à certaines variétés de folliculites et périfolliculites destructives du follicule pileux;

D. *L'ulérythème acnéiforme*, affection des plus rares, occupant la face et les oreilles, limitée au pourtour d'un certain nombre de follicules pileux, débutant par un érythème permanent et par une forte hyperkératinisation de l'épiderme, s'accompagnant de production de comédons et aboutissant à la rétraction du derme et à l'atrophie cicatricielle.

Voir les articles: *Kératose pileaire*, t. II, p. 952, *Folliculites*, t. II, p. 651, et *Lupus érythémateux*, t. III, p. 562.

URIDROSE. — Étym.: de *ὀύρον*, urine, et *ἵδρωσις*, sueur.

Dans quelques cas rares d'insuffisance rénale, et à la période ultime, on peut recueillir l'urée à l'état de lamelles cristallines sur la peau du front, du visage et d'autres parties du corps.

Voir l'article: *Sudoripares (Maladies des glandes)*, t. IV.

(1) En cas d'insuccès, on peut, de même que dans le phagédénisme chancreux, essayer l'eau oxygénée ou les pulvérisations de chlorure d'éthyle répétées 2 à 3 fois par jour, telles que les conseille Brandweiler (*Presse méd.*, août 1902).