

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ATRIPLICISME

INTOXICATION PAR L'ARROCHE

Par le Dr **J.-J. Matignon**,

Médecin aide-major de 1^{re} classe de l'armée, attaché à la légation
de la République à Pékin.

Durant les mois de mai, juin et juillet, en 1895 et en 1896, j'ai eu l'occasion d'étudier à l'hôpital français du Nan-T'ang de Pékin, chez des gens très misérables, une singulière intoxication, résultant de l'ingestion de pousses d'arroche (*atriplex*), intoxication sans phénomènes généraux, principalement caractérisée par un œdème localisé à la face, aux mains, aux avant-bras, par des troubles de la motilité, de la sensibilité, de la circulation, par des troubles trophiques, cutanés, souvent compliqués d'eschares plus ou moins étendues des régions œdématisées.

L'atriplex croît en abondance dans les cours, les jardins, et le long des murs des maisons chinoises. Les sommités de la plante jeune sont consommées par les Chinois en guise d'épinards ; ce sont surtout les Chinois du peuple, et plus particulièrement les mendiants, qui en font usage. Le goût en serait assez agréable, au dire des Américains qui appréciaient beaucoup ces pousses d'arroche.

Cette plante est désignée par les Pékinois sous deux

noms : *lao-li-ts'ai* ou *r'houi ts'ai*. Les Chinois la mangent à peu près crue, soit englobée dans la pâte de petits pains, à peine cuits à la vapeur, soit sous forme de salade, soit plutôt roulée dans des sortes de crêpes.

Tous les malades que nous avons observés nous ont déclaré avoir mangé cette plante en moyenne dix à vingt heures avant que les premiers phénomènes toxiques n'aient paru. Beaucoup de ces malades m'ont apporté des spécimens de la plante consommée.

Cette intoxication est très connue des Chinois, car elle est très fréquente, mais leurs livres de médecine n'en font aucune mention.

Toutes les personnes qui consomment cette plante ne sont point exposées aux accidents toxiques, pour deux raisons : d'abord un certain nombre d'entre elles peuvent avoir une quasi-immunité, mais surtout les pousses d'atriplex ne sont pas toutes toxiques.

De l'enquête à laquelle je me suis livré, tant auprès des malades qu'auprès des médecins chinois, il résulte que les personnes qui ont la précaution de bien laver cette plante, de la faire cuire, et d'élaguer les feuilles présentant une coloration rouge, sont à l'abri des phénomènes d'empoisonnement.

Certains médecins chinois attribuent les phénomènes toxiques à l'ingestion de feuilles présentant une coloration rouge surtout au niveau du pétiole. Jamais, dans les plantes-spécimens portées par les malades, je n'ai rencontré ces feuilles. J'en ai souvent observé dans la campagne ; mais les feuilles présentant cette coloration sont déjà larges et dures, et les Chinois ne consomment que les sommités de la plante. D'ailleurs ce fait que le lavage rigoureux de la plante et sa cuisson préviennent les accidents, doit nous faire supposer que le poison n'est point fabriqué par la plante elle-même, mais doit, plus vraisemblablement, être dû à un parasite.

Celui-ci est une petite araignée, moins volumineuse qu'un grain de chènevis, de teinte jaune verdâtre, et dont, très

souvent, on rencontre des colonies dans les sommités de la plante. Beaucoup de médecins chinois attribuent les accidents aux poisons sécrétés par cette araignée et déposés sur les feuilles.

Si ces alcaloïdes ne peuvent être sûrement détruits par la cuisson, ils seront, ainsi que les araignées, entraînés par l'eau de lavage et, de la sorte, les accidents toxiques seraient évités : c'est là un fait que démontre l'expérience quotidienne.

Le poison ingéré, les accidents se montrent avec une régularité quasi-parfaite, chez tous nos malades.

Les premiers cas d'intoxication se produisent en général au milieu du mois de mai.

Les patients appartiennent presque tous à la classe des mendiants, société aussi misérable que débilitée, vivant de tout ce qu'elle rencontre sur sa route. Ces mendiants sont souvent vus, disputant aux chiens les os et les légumes jetés à la rue ; on comprend, alors, qu'ils ne poussent pas le raffinement jusqu'au lavage méticuleux des pousses de *lao-lits'ai* dont ils sont très friands, surtout quand ils ne peuvent manger autre chose.

Il y a, en effet, un rapport à établir entre la fréquence de ces cas d'empoisonnement et le plus ou moins grand état de misère de la ville. En 1895, à cause de la guerre sino-japonaise, il régna à Pékin une quasi-famine ; les vivres étaient hors de prix : plus de vingt cas d'intoxication, par l'atriplex, furent traités à l'hôpital du Nang-T'ang. En 1896, la misère est moins grande : nous n'observons que deux cas à ce même hôpital. Des constatations identiques ont été faites par nos religieuses dirigeant des dispensaires, dans et hors de Pékin.

La *position sociale* joue un rôle très important au point de vue étiologique. L'importance de l'âge est insignifiante. J'ai vu plusieurs enfants de huit à dix ans intoxiqués. Il n'en serait pas de même du sexe : toutes mes observations, moins une, portent sur des femmes. De l'enquête à laquelle je me

suis livré, il résulte que les Sœurs françaises, qui ont vu beaucoup de malades, n'ont eu qu'un seul homme à soigner. Le sexe féminin présenterait-il une réceptivité spéciale à ce poison? nous ne le croyons pas. Cette fréquence de l'intoxication doit probablement résulter de ceci :

Dans cette classe misérable et mal nourrie des mendiants, la femme est toujours plus débilitée que l'homme, du fait des grossesses répétées et de l'allaitement; de plus, comme son rôle social est très inférieur à celui de l'homme, elle mange ce que ce dernier veut bien lui laisser, aussi doit-elle suppléer au manque de riz et de millet, par tout ce qui lui tombe sous la main: de là, une consommation assez considérable de pousses de *lao-li-ts'ai*. Ce qui montre bien encore le rôle important de la misère physiologique, c'est qu'il est rare de voir tous les membres d'une même famille, ayant absorbé ce poison, être intoxiqués. Seuls les plus débilités, les plus malingres, jeunes ou vieux, sont atteints.

On peut voir des épidémies de quartiers: les habitants d'une même portion de la ville s'étant souvent fournis de pousses d'arroche au même endroit.

L'évolution de la maladie est rapide. En général dix à vingt heures, en moyenne, après l'ingestion de la plante, commencent à se manifester les premiers symptômes de l'empoisonnement, qui sont *purement locaux*.

Une fois seulement, nous avons noté des phénomènes généraux, caractérisés par un peu de malaise et quelques bourdonnements d'oreille.

Le début est assez soudain et se fait presque toujours par les mains. Le malade éprouve tout d'abord un *engourdissement douloureux*. Les bouts des doigts se refroidissent et sont le siège de fourmillements pénibles. Les démangeaisons du dos de la main sont quasi-constantes et forcent le malade à se gratter, déterminant ainsi la production de larges ecchymoses sur lesquelles nous reviendrons. Les premiers symptômes douloureux peuvent parfois, surtout dans les cas légers, se localiser à un ou deux doigts de chaque main,

et ce sont, alors, le pouce et l'index qui sont intéressés. Presque en même temps le sujet éprouve des fourmillements douloureux, il constate que le dos des mains d'abord, les doigts ensuite, se mettent à gonfler. L'œdème apparaît une demi-heure, trois quarts d'heure après le début des premiers phénomènes douloureux. Il est rare qu'il attende plusieurs heures pour se produire, et dans un cas seulement nous le voyons survenir quatre ou cinq heures après les premières manifestations douloureuses. L'œdème doit, très vraisemblablement, être le phénomène initial, résultant de la paralysie vaso-motrice de nature toxique. Les douleurs et les fourmillements sont causés par la distension des tissus, par l'infiltration qui n'est pas encore, à ce moment, perceptible à l'œil.

En même temps que l'œdème, paraît la cyanose des ongles et du bout des doigts; l'index, et surtout le pouce, sont toujours particulièrement atteints.

L'œdème s'étend rapidement, gagne la main, l'avant-bras, dont il respecte, en général, les parties antéro et postéro-internes, et ne franchit pas le coude. Son développement s'accompagne de douleurs lancinantes, exagérées par le mouvement des doigts et surtout par la position déclive de la main.

Il est très rare que le développement de l'œdème se fasse sans douleur. Nous n'avons vu le fait qu'une fois : la douleur fut nulle ou tellement légère qu'elle ne réveilla pas la malade, laquelle fut étonnée à son réveil de trouver ses mains et sa figure gonflées.

La douleur, au moment de l'infiltration œdémateuse, peut être assez légère et n'atteindre un haut degré d'intensité que lorsque le gonflement lui-même est complètement achevé.

Dès le début, la main est plus ou moins impotente, malhabile à cause de l'œdème et immobilisée par les malades, à cause de la douleur provoquée par les mouvements. Les doigts sont déjà légèrement fléchis et écartés.

Le gonflement de la face survient presque en même temps

que celui des mains, en général quelques heures après. Il est rare que l'œdème de la figure ouvre la scène. Une fois pourtant, nous avons vu ce dernier précéder de deux jours et demi celui des mains. Tandis que l'infiltration des doigts et des mains était fort douloureuse, celle de la face ne l'est pas



Fig. 1. — Phase d'infiltration.

ou peu. Tout se borne, ordinairement, à des démangeaisons du nez, des pommettes, du menton, du front, que le malade frotte avec énergie, provoquant, de la sorte, la formation de plaques ecchymotiques.

L'œdème évolue très rapidement, tantôt il se généralise à toute la figure; parfois se localise aux paupières, aux joues, aux lèvres. Nous l'avons vu revêtir un caractère unilatéral et n'occuper que le côté droit de la face.

L'infiltration porte surtout sur les paupières, les lèvres et les joues, et en quelques heures, rend le patient méconnaissable. L'œdème des paupières est tel, que pendant deux ou trois jours, il en entraîne l'occlusion complète, mettant le malade dans l'impossibilité de se conduire lui-même.

Cette première période, que nous pourrions appeler *phase d'infiltration*, atteint son développement complet en 15 ou 20 heures. Il est rare de voir les malades tout à fait au début. Ils viennent alors que l'œdème existe depuis un jour ou deux, c'est-à-dire pendant la *période d'état* de la maladie (fig. 1).

Les malades se présentent tous d'une façon identique. Aussi, après quelques jours, est-il possible de faire le diagnostic sans voir leur figure, dès qu'ils mettent les pieds sur la porte de la salle de consultation. La tête, les mains sont soigneusement enveloppées dans un linge, cachées sous un tablier, précaution qui, au premier abord, paraît tout à fait anormale, au commencement de l'été, généralement très chaud à Pékin. Cet enveloppement n'a d'autre but que de protéger les régions malades de l'action des rayons solaires, qui, ainsi que nous aurons l'occasion de le dire plus loin, sont particulièrement douloureux.

La figure étant découverte, voici ce que nous constatons, dans les cas typiques : La face est totalement déformée par les proportions considérables de l'infiltration cellulaire. Les paupières bouffies, distendues au maximum, sont dans l'impossibilité de s'écarter ou d'être écartées. Les lèvres épaissies, retournées en rebord de pot de chambre, proéminent en avant, circonscrivant un orifice en bouche de carpe, par lequel s'écoule une salive épaisse et visqueuse. Cette déformation des lèvres gêne la phonation et la mastication. Le nez est violacé, froid, souvent anesthésié, ecchymotique. Au front, à la nuque, aux pommettes, sur le vertex, au menton, siègent des ecchymoses, de dimensions variables, couleur lie de vin. Par son aspect général la figure répond bien au type du magot chinois, décrit dans l'érysipèle ; mais la cou-

leur rappelle plutôt celle d'un brightique. Cependant, il est rare que dans le mal de Bright l'œdème de la face atteigne un développement aussi considérable; la teinte générale dans le brightisme est blafarde, ici, elle est plutôt terreuse.

Une infiltration aussi notable des tissus de la face n'est pas de règle. Nous ne l'avons guère vue que deux ou trois fois, et particulièrement chez un enfant de 11 ans chez lequel les symptômes de l'empoisonnement dataient de 12 ou 15 heures, à peine. L'œdème de la face disparaît, assez rapidement. Aussi quand les sujets viennent, malades déjà depuis deux ou trois jours, nous ne constatons que des œdèmes peu considérables ou partiels de la figure. Tantôt, l'infiltration du tissu cellulaire sous-maxillaire fait pendre comme deux bajoues sous les os de la mâchoire. Quelquefois, une joue et la région sous-maxillaire du même côté sont seules gonflées. Une paupière peut tomber alors que l'autre est mobile: c'est un ptosis non point paralytique, mais œdémateux. Le gonflement peut intéresser la région hyoïdienne et nous l'avons vu descendre jusqu'à la fourchette sternale.

Interrogé, le malade dit ne pas éprouver de douleurs spontanées à la figure. Il n'accuse que des démangeaisons au front, au nez, au menton, qui l'obligent à se gratter. Mais, tous les patients attirent l'attention sur les *douleurs spontanées* des mains.

A un premier examen superficiel de la main, son attitude, son aspect général pourraient faire penser à un phlegmon profond. Mais cette idée est rapidement abandonnée, dès qu'on saisit l'organe malade, lequel paraît froid.

La main, bien lavée, est œdémateuse, blafarde. L'œdème est dur, élastique, difficilement dépressible, conservant peu longtemps l'empreinte du doigt. Sur le dos de la main, on note souvent un réseau veineux assez accentué. Au bout de quelques jours, cet œdème devient mou, dépressible.

Les doigts, en saucisses, comme dans les engelures, sont écartés les uns des autres et très souvent en flexion légère. La première et la deuxième phalange présentent une teinte

plus ou moins blafarde. La dernière, en général, est cyanosée : sa couleur, ainsi que celle de l'ongle, est parfois d'un bleu noir assez intense.

Tous les doigts peuvent ne pas être également intéressés. Le fait est fréquent, et, dans ce cas, ce sont surtout le pouce, d'abord, l'index, ensuite, qui sont particulièrement atteints.

Il est rare que les lésions des deux mains soient identiques. Il arrive, parfois, que la main droite présente un œdème généralisé, considérable, avec de larges ecchymoses, alors que, à gauche, le pouce et l'index, seuls lésés, ne sont intéressés que d'une façon tout à fait insignifiante.

De la main, l'œdème gagne l'avant-bras et sa disposition y est assez particulière. Les régions antéro et postéro-internes de l'avant-bras ne nous ont jamais paru le siège d'une infiltration manifeste. Nous avons déjà dit, à propos de la main, que la région interne était souvent indemne, alors que le pouce et l'index étaient constamment lésés. *L'œdème se localise aux portions antéro et postéro-externes.* Il remonte obliquement sur l'avant-bras, dessinant une sorte de triangle dont la base est aux poignets et le sommet à l'épicondyle. Il ne franchit pas le pli du coude.

La disposition de cet œdème méritait d'être signalée. Non seulement il est bizarre de voir l'infiltration se localiser dans cette partie de l'avant-bras, mais il est encore singulier de l'y voir persister, malgré les lois de la pesanteur. La position déclive des mains étant douloureuse, les malades tiennent leur avant-bras en attitude horizontale, laquelle devrait, *à priori*, favoriser l'infiltration de la face postéro-interne.

Des ecchymoses plus ou moins larges siègent sur les mains et les avant-bras. Aux mains, elles occupent de préférence la région dorsale du pouce ; mais elles peuvent s'étendre à toute la face dorsale de la main et remonter jusque sur les phalanges. Toutefois leur lieu d'élection est la région comprise entre le long extenseur du pouce et le tendon de l'extenseur de l'index. Cette ecchymose peut être formée d'une plaque unique ou de petites plaques très

confluentes. Elle peut présenter une abondance de petits points de teinte plus rouge, lui donnant un aspect chagriné.

L'ecchymose de la main remonte sur la face postéro-externe de l'avant-bras, jusqu'en son milieu, à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du radius. Ces ecchymoses sont quasi-constantes. Il y a un rapport étroit entre elles et les frottements résultant de la démangeaison.

Qu'elles siègent aux mains ou à la face, le mode de production est toujours le même. Le malade se gratte. Presque aussitôt la peau prend une coloration rouge, qui de jour en jour devient plus sombre, marron, puis violacée ensuite. Les ecchymoses qui siègent à la nuque résultent non de frottements, mais de la pression de l'oreiller, lequel, chez les Chinois, est un simple petit billot de bois. Selon que le malade dort sur le dos ou sur les côtés droit ou gauche, l'ecchymose occupe soit toute la région de la nuque, soit une portion externe seulement.

Parfois, dès les premiers jours de la maladie, on voit dans la région ecchymotique, l'épiderme soulevé par de la sérosité, tantôt citrine, tantôt jaunâtre, former de petites cloches dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette et qui arrivent par leur confluence à constituer des cloches de la largeur d'une pièce de cinq francs. Il ne faut pas confondre le soulèvement épidermique précoce, avec un autre que nous verrons se produire, beaucoup plus tardivement, au niveau de ces mêmes points ecchymotiques.

Les mains sont le siège de douleurs parfois très vives, douleurs lancinantes, exaspérées par le moindre mouvement, la moindre pression, la chaleur, les rayons solaires et surtout la position déclive.

La douleur peut n'être qu'une sorte d'engourdissement sourd et continu. Mais le maximum de la douleur nous a toujours semblé exister au niveau des points ecchymotiques. Ce sont souvent des phénomènes de brûlure, que le malade essaye de calmer, soit en soufflant dessus, soit par l'applica-

tion de feuilles de plantes. A mesure que l'ecchymose devient plus noire, la sensibilité augmente à la pression, à la chaleur; le fait s'explique par la production d'un début de dermatite superficielle.

Les mouvements de la main et surtout des doigts sont très diminués et supprimés parfois, et ceci pour deux raisons : impotence du fait de l'œdème, immobilisation pour prévenir la douleur.

La sensibilité à la douleur à la face palmaire, à la face dorsale de la main, n'est pas abolie. Elle est simplement obtuse. Elle est très notablement diminuée aux extrémités des doigts et fréquemment on trouve l'anesthésie parfaite à la dernière phalange du pouce et de l'index : une aiguille peut, sans provoquer de douleur, traverser la pulpe du doigt, jusqu'à l'os.

La sensibilité tactile est également très atténuée à l'extrémité des doigts, la sensibilité à la chaleur est exagérée; un tube d'eau chaude promené sur la main fait pousser des cris à la malade. Cette thermoesthésie spéciale mérite quelques détails.

C'est en effet un des caractères intéressants de cette intoxication que la sensibilité exquise des régions malades à la chaleur ou à lumière. Nous avons déjà décrit l'aspect des malades arrivant à l'hôpital, la tête et les mains pliées pour se mettre à l'abri des rayons solaires. La lumière leur est insupportable au même titre que la chaleur. Sur deux ou trois de nos malades nous avons noté ce fait singulier : Les malades, étant dans la salle, pouvaient, par l'exaspération de leurs douleurs, nous indiquer l'approche de midi, c'est-à-dire du moment le plus chaud de la journée. De même, quand la nuit était un peu plus chaude que d'habitude, ou que l'encombrement de la salle échauffait davantage l'air, les malades nous disaient, le matin, qu'elles avaient beaucoup plus souffert pendant la dernière nuit que durant les précédentes et que la douleur les avait empêchées de dormir.

Cette thermoesthésie qui débute en même temps que les

ecchymoses, s'exagère pendant la période de l'ulcération et peut, parfois, persister un certain temps après la cicatrisation.

L'œdème se localise aux mains, aux avant-bras et à la figure. Nous avons entendu prétendre par des Chinois, que dans quelques cas l'œdème pouvait se généraliser. Ce fait n'a jamais été observé ni par les religieuses, ni par nous-même.

La période d'état a une durée très variable qui est fonction de l'infiltration même. Dans les cas légers, après deux ou trois jours, l'œdème de la face a presque totalement disparu et à peine note-t-on, le matin, un peu de gonflement des paupières ou de la région sous-maxillaire correspondant au côté sur lequel le sujet s'est reposé. Dans les cas sérieux, il faut au moins une semaine pour faire disparaître l'œdème.

Il en est de même pour la main et l'avant-bras. L'œdème des doigts s'efface assez vite. Mais celui du dos de la main a toujours une durée plus longue que celui de la face, et demande au moins une dizaine de jours, dans les cas graves, pour arriver à une résolution complète.

A mesure que l'œdème des mains disparaît, ces organes récupèrent leur motilité et leur sensibilité. Cependant le pouce et l'index sont les derniers à recouvrer intégralement leur fonction. A ce moment la teinte cyanosée des doigts a déjà disparu depuis un certain temps.

Durant toute cette période, l'état général du sujet reste bon; la langue est belle, une fois ou deux seulement nous l'avons trouvée blanche; l'appétit est conservé. Mais au début, surtout quand le gonflement de la face est intense, les malades ont une certaine gêne pour mastiquer, gêne non douloureuse, mais purement mécanique par augmentation du volume des lèvres et des joues.

La vue, l'ouïe, l'intelligence ne présentent aucun trouble.

Nous n'avons jamais noté d'épistaxis, fait singulier, étant donnée la facilité de production de larges ecchymoses permettant de conclure à une altération profonde de la crase sanguine. Les malades n'ont point de fièvre.

L'examen le plus minutieux de l'urine ne nous a jamais révélé la présence de l'albumine.

Les fonctions de la vessie ont toujours été normales.

Nous ne savons rien de l'état du sens génésique (1).

Le seul phénomène intéressant à signaler est la *lenteur du pouls*, qui chez une femme était à 52 et chez un enfant à 59 battements par minute. La *terminaison* se fait, soit par résolution de l'infiltration et desquamation épidermique, soit par ulcération, puis cicatrisation plus ou moins lente à se produire.

Dans les cas légers, chez les malades peu débilités, traités dès le début, la résolution simple s'est produite. L'infiltration disparaît peu à peu; puis au niveau de tous les points ecchymotiques, l'épiderme desquame en larges placards, rouge, marron, de la couleur même de l'ecchymose. Au-dessous, l'épiderme régénéré recouvre une région présentant une teinte rosée. Mais ces cas sont l'exception et l'ulcération est généralement la terminaison naturelle.

L'ulcération peut être un phénomène précoce, et commencer à se produire avant même que l'infiltration œdémateuse ait totalement disparu. Mais ces cas ne sont pas très fréquents. Ils se voient chez les malades qui, dès le début, présentent des cloches contenant une sérosité plus ou moins louche et dont nous avons parlé plus haut. Les cloches, de dimensions variables, généralement petites, se fusionnent pour en former de grandes atteignant le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le liquide contenu devient de plus en plus trouble, puis à un moment, l'épiderme se crève, donnant issue à de la sérosité souvent puriforme. Après deux ou trois jours, cet épiderme tombe ou est enlevé et laisse à nu le derme enflammé et superficiellement ulcéré. Les petites cloches crevées aux mains, à la figure, laissent transsuder une sérosité qui se coagule et forme des croûtes ana-

(1) Comme nous nous servions des religieuses pour interpréter nos questions, il nous était difficile de leur faire faire une enquête sur l'état du sens génésique de nos malades.

logues à celles de l'impétigo ou de l'eczéma impétigineux.

Les ulcérations produites par ce processus guérissent assez vite. Elles sont très superficielles, et la guérison s'obtient en sept à neuf jours.

Il n'en est pas de même de celles qui surviennent plus tar-



Fig. 2. — Phase de macération de l'épiderme au niveau des ecchymoses de la région temporo-malaire.

divement et qui se produisent sous les placards ecchymotiques. Elles sont beaucoup *plus importantes* et par leur étendue, et par la difficulté avec laquelle la cicatrisation se fait.

Depuis un certain temps déjà, l'œdème a disparu quand ces ulcérations commencent à se montrer : Voici comment les choses se passent en général : Au niveau du bord de l'ecchymose se produit une trainée rougeâtre, quasi-érysi-

pélateuse, de un demi à 1 centimètre de largeur, qui dure quelques jours, et qui peu à peu va s'atténuant. Presque en même temps, une transsudation séreuse, plus ou moins abondante, se produit, qui graduellement soulève, par places, l'épiderme, lequel, ainsi que nous l'avons déjà dit, a une teinte rouge marron.

Ce dernier, sous l'influence de la macération dans la sérosité, ne tarde pas à se plisser et à prendre une teinte blafarde. Ce ramollissement de l'épiderme se propage du centre



Fig. 3. — Phases de macération épidermique (main droite) et d'ulcération (main gauche).

primitif de l'ecchymose vers les bords. Quand on enlève cet épiderme, on trouve au-dessous une dermatite ulcéreuse superficielle, qui peut parfois être très étendue : occuper la moitié du front, un côté de la figure, la plus grande partie de la nuque, toute la région postéro-externe de la main et une partie de l'avant-bras (fig. 2 et 3).

L'ulcération semble formée par la confluence de petits foyers ulcéralifs, dont les dimensions varient d'un grain de millet à une petite lentille. Leur profondeur est généralement peu considérable, mais peut atteindre 1 millimètre et

plus. Quand les ulcérations ont une certaine profondeur, leur fond est garni d'un ichor jaunâtre, facilement coagulable. Elles saignent très volontiers.



Fig. 4. — Aspect des mains après guérison des ulcérations et production de tissu chéloïdien. Au front la cicatrisation commence.

Ces ulcérations sont souvent douloureuses spontanément, au point d'empêcher le malade de dormir. D'autres fois, la douleur n'est réveillée que par la pression. Chez une de nos patientes, la chaleur était très péniblement supportée et des exacerbations douloureuses se produisaient aux approches

de midi. La malade devait soigneusement protéger les plaies des mains contre les rayons solaires : les pansements humides lui procuraient un grand soulagement.

Il n'est pas rare de voir les ulcérations de la main se compliquer d'adénites du coude et même de l'aisselle.

Durant cette période d'ulcérations, l'état général n'est pas très brillant, la langue est saburrale, l'appétit diminué, la constipation fréquente. On note souvent de la fièvre : 38°, 38°5 et même 39°.

Ces ulcérations ont peu de tendance à cicatriser rapidement. Une ulcération peu étendue, du diamètre d'une pièce de 5 francs, peut guérir en huit à douze jours. Mais dès que le diamètre est plus considérable il faut vingt-cinq, trente jours et même un mois et demi pour arriver à la guérison complète.

Quand les ulcérations ont été assez profondes, la cicatrisation laisse parfois après elle un *tissu chéloïdiforme*. D'ailleurs, toutes les plaies chinoises ont une remarquable tendance à présenter des cicatrices de ce caractère (fig. 4).

Cette intoxication ne nous a pas paru laisser des *complications* comme traces de son passage. La seule que nous ayons notée est une gangrène sèche des deux derniers doigts de la main gauche. La dernière phalange semblait uniquement intéressée. La malade nous dit que, quelques temps auparavant, elle avait présenté tous les phénomènes auparavant décrits ci-dessus, et qu'après la disparition de l'œdème des mains, les phalanges avaient commencé à prendre cette teinte noirâtre et à se momifier.

Le *traitement* que nous avons suivi chez les malades, soignés au début de leur intoxication, a consisté en purgatifs salins, les deux premiers jours. Nous augmentions la diurèse le plus possible. Des toniques, sous forme de quinine et d'arsenic, étaient administrés; nous leur avons adjoint parfois des antiseptiques diffusibles, comme le benzoate de soude, le benzo-naphtol ou le salol. Le pansement local, avant les ulcérations, consistait soit dans de grands pansements hu-

mides et froids, soit dans des applications d'huile de jusquiame laudanisée et chloroformée.

Beaucoup de malades sont venus alors qu'ils étaient souffrants depuis quelque temps déjà et quelques-uns d'entre eux avaient même de larges ulcérations. Les toniques formaient la base du traitement. Comme pansement local, nous avons d'abord employé un mélange pulvérulent, à parties égales, de talc, quinquina, bismuth. Mais nous avons, tout de suite, dû l'abandonner. Cette poudre formait, avec l'exsudat, des croûtes très adhérentes, douloureuses à arracher et provoquant de petites hémorragies au moment où on les enlevait. Le pansement humide nous parut toujours préférable.

Telle est l'affection pour laquelle nous proposons le nom d'*atriplicisme*, dont le sens assez général ne préjuge rien de la cause intime de cette intoxication par l'arroche. Comment agit le poison? Nous ne pouvons que rester dans le domaine de l'hypothèse. Mais il nous est permis d'inférer, d'après la durée de la maladie, qui ne se complique ni de troubles trophiques, ni de troubles moteurs, ni de troubles sensitifs, persistant après guérison des accidents primitifs, que les lésions de la moelle (bulbaire ou cervicale) ou les lésions périphériques doivent être extrêmement superficielles et transitoires.

Il est deux affections, l'*asphyxie locale des extrémités* (maladie de Maurice Raynaud) et l'*érythromélgie* (maladie de Weir-Mitchell), qui présentent avec l'atriplicisme un certain nombre de points communs. Les analogies existent surtout avec la *maladie de Raynaud*.

L'asphyxie locale et notre intoxication paraissent, en effet, assez spéciales au sexe féminin; elles affectent symétriquement les mains. Dans l'une et l'autre, les doigts, le nez, les pommettes peuvent être plus ou moins cyanosés. Les malades éprouvent des fourmillements, des engourdissements pénibles, des douleurs lancinantes dans les mains. Des troubles de la sensibilité et de la calorification, des phlyctènes, se montrent dans les deux affections. Mais si nous

procédons à une analyse un peu détaillée des symptômes, nous nous apercevons aisément que les différences entre ces deux maladies sont considérables.

L'atriplicisme touche, en général, les deux mains, mais n'intéresse jamais les pieds.

L'âge n'a aucune importance étiologique ; la maladie de Raynaud est, au contraire, une maladie juvénile. La teinte cyanique, qui est un des symptômes cardinaux de l'asphyxie locale des extrémités, est ici un phénomène contingent ; elle peut ne pas se produire toujours, n'intéresse qu'un ou deux doigts, surtout la région unguéale. Enfin, quand la cyanose s'est produite, elle s'efface graduellement ; elle ne paraît et disparaît point par intermittences, comme dans la maladie de Raynaud.

Les douleurs ont dans leur intensité une marche quasi-progressive en rapport avec l'infiltration œdémateuse elle-même, laquelle n'existe pas dans l'asphyxie locale.

Les troubles de la sensibilité n'atteignent jamais le degré élevé auquel ils parviennent dans la maladie de Raynaud. L'anesthésie ne se montre guère complète qu'à la région pulpaire des deux ou trois premiers doigts, alors qu'elle peut être totale sur une main atteinte d'asphyxie.

Il en est de même des troubles de la calorification. La température peut baisser de un à deux degrés, mais jamais on ne la voit tomber à 18° et même à 15° comme le fait s'observe dans la maladie de Raynaud. Enfin, différence très importante, la chaleur provoque ou exagère les douleurs des mains chez les malades intoxiqués par l'atriplex ; c'est le froid, au contraire, qui produit ces mêmes effets sur les extrémités asphyxiées.

L'évolution des accidents par empoisonnement est très rapide. L'infiltration et la douleur ont atteint leur apogée en trois à cinq jours en moyenne. La marche est plus lente, intermittente, dans la maladie de Raynaud qui procède par accès.

Les phlyctènes peuvent se produire d'une façon précoce

ou tardive. Dans le premier cas, elles ont assez d'analogie avec celles de l'asphyxie locale, mais leur siège est tout à fait différent. Localisées aux phalangettes de la main ou des doigts, dans un cas, elles occupent à peu près constamment la région dorsale du poignet, dans l'autre.

Enfin les larges ecchymoses, l'œdème, l'impotence fonctionnelle, sont bien spéciales à l'intoxication par l'atriplex.

Dans l'*érythromélie*, la main est parfois augmentée de volume, plutôt congestionnée qu'œdémateuse. Le gonflement ne franchit point le poignet, alors que chez nos intoxiqués il gagne l'avant-bras, sur la face externe duquel il remonte obliquement.

Dans la maladie de Weir-Mitchell, comme dans l'atriplisme, on note des fourmillements, des douleurs lancinantes dans les mains, douleurs exagérées par la chaleur ou la position déclive, calmées par la situation horizontale ou le froid. Mais la teinte phlegmoneuse des mains érythromélieques, les battements artériels, l'absence de phlyctènes, de cyanose des extrémités, de troubles de la sensibilité, les accès douloureux intermittents, ne peuvent laisser longtemps hésiter notre diagnostic.

Nous donnons, à titre d'exemple, la première des douze observations que nous avons recueillies :

OBSERVATION I. — Femme de trente-neuf ans. Bonne santé habituelle. Vient à l'hôpital le 20 mai 1893, se plaignant d'un gonflement douloureux des mains et de la figure. Un purgatif lui est donné.

Je la vois le 21 mai. La peau du dos des mains est tendue, luisante, froide, non douloureuse. La peau de la paume est également distendue. Les doigts sont écartés, légèrement fléchis comme dans un phlegmon. L'œdème remonte obliquement sur les deux avant-bras, en avant et en dehors. L'œdème est dur, il faut peser un certain temps pour y laisser l'empreinte du doigt.

Les ongles sont généralement cyanosés.

Avant que le gonflement ne se produisit, cette femme a éprouvé une sorte d'engourdissement dans les mains, avec douleurs lanci-

nantes, comme dans le phlegmon, et presque aussitôt le gonflement est survenu.

La main œdématiée n'est pour le moment douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. La malade n'accuse que des démangeaisons qui l'obligent à se gratter. Un frottement, même léger, détermine la production d'ecchymoses, marquées surtout aux régions dorsales, du pouce et de l'index.

Dans les doigts, la malade accuse des douleurs spontanées et des fourmillements aux extrémités. Les doigts sont distendus, en boudins. Les mouvements sont gênés. Le quatrième et le cinquième seuls peuvent être fléchis. Diminution de la sensibilité à la pulpe des troisième et deuxième doigts ainsi que du pouce. Dans ces deux derniers, une aiguille est enfoncée sans douleur jusqu'à l'os.

La figure est bouffie; les paupières à peine entr'ouvertes: aspect d'un brightique. Les pommettes sont gonflées; les lèvres infiltrées et retournées en rebord de pot de chambre. La figure réalise le type du magot. Le bout du nez est violacé, froid, ecchymotique par places à cause des frictions consécutives aux démangeaisons.

Anesthésie légère. Pas de troubles de la vue; pas de bourdonnements d'oreille, pas de fièvre; pas d'albumine. Langue belle. Pas de gonflement des pieds.

22 mai. — Œdème des mains moins considérable. Ecchymoses plus accentuées qu'hier. Douleurs assez vives à la moindre pression sur les doigts. Les douleurs spontanées sont atténuées. La peau se réchauffe. Les ongles sont moins cyanosés. La malade plie mieux les doigts.

Hier elle ne pouvait en fléchir que deux; trois aujourd'hui. L'index et le pouce sont encore comme morts.

La figure est moins œdématiée, surtout à gauche. La paupière droite tombe encore, fermant l'œil presque en totalité. Ecchymoses au nez et au menton. Les joues pendent sous le maxillaire comme des bajoues.

Photophobie et douleurs exagérées par le soleil. (Est-ce bien de la photophobie, et l'attitude n'est-elle pas simplement le résultat de la douleur?) La malade se présente à l'hôpital la tête et les mains enveloppées à cause de la douleur provoquée par le soleil.

Langue large et blanche. Pas de fièvre. Pouls lent: 52. La malade ne se sent aucun mal. Appétit.

24 mai. — Mieux. L'œdème des mains a presque totalement disparu; il n'en reste trace qu'à la face postérieure. Légères douleurs spontanées persistant dans le pouce.

L'œdème de l'avant-bras a totalement disparu.

Tous les doigts, sauf le pouce, peuvent se fléchir facilement. Ongle du pouce encore cyanosé.

Les ecchymoses des régions dorsales du pouce et de l'index et celles du nez ont une teinte plus violacée.

A la figure, l'œdème a totalement disparu.

A partir de ce moment, la malade se sentant beaucoup mieux, n'est plus revenue.

Traitement. — Purgatif salin le premier jour. Puis quinine, fer, arsenic.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A SAINT-OMER

ORIGINE HYDRIQUE DÉMONTRÉE

Par le D^r **E. Renard**,

Directeur du Service de santé du 1^{er} Corps d'armée.

Encore une épidémie de fièvre typhoïde due à la contamination de l'eau de boisson : depuis dix ans quatre épidémies notables de fièvre typhoïde ont régné sur les troupes du 1^{er} corps d'armée et toutes ont eu la même étiologie. Ceux qui s'intéressent à cette question se rappellent les épidémies d'Avesnes, de Gravelines, de Maubeuge, dans lesquelles l'infection de l'eau de boisson fut démontrée d'une façon indiscutable.

Celle qui nous occupe en ce moment, celle de Saint-Omer qui vient à peine de prendre fin le 1^{er} août 1896, est aussi probante que les précédentes, son étiologie s'est révélée avec autant de clarté et de netteté. Je n'entrerai pas dans de longs développements, toutes ces épidémies se ressemblent; le seul point intéressant, c'est l'origine hydrique bien démontrée.

Du 30 mai à la fin de juillet, la fièvre typhoïde a donné 59 cas parmi la garnison, répartis uniformément sur les corps et détachements. En ville, le nombre des cas est difficile à établir; plusieurs médecins en ont observé de 10 à 15 dans leur clientèle; quelques élèves du collège (14, disait-on) auraient été atteints; ce qui est certain c'est que des femmes, des enfants et des ordonnances d'officiers