

retour leur communiquaient la syphilis. Ainsi, il n'existe entre ces maladies aucune liaison particulière; elles ne sont pas susceptibles de fusion. Elles n'ont donc rien de commun quant à leur origine et quant à leur nature.

g. — Prognostic du yaws. — Le yaws est plus redoutable chez les blancs que chez les noirs, selon Segond ⁽¹⁾; l'inverse a lieu d'après Ferrier. Chez les jeunes sujets, il est peu grave. Lorsqu'il débute avec intensité, il résiste moins ensuite que celui dont l'éruption se fait lentement et irrégulièrement. Il amène, lorsqu'il est mal soigné, un fâcheux état de cachexie et même la mort. Toutefois, cette funeste terminaison est assez rare.

h. — Traitement du yaws. — Les conditions d'une hygiène convenable doivent être procurées aux malades, surtout les soins de propreté et une alimentation non excitante.

Les enfants et les individus faibles doivent prendre des toniques, de l'infusion de quinquina ou des ferrugineux.

On a cru le mercure utile ⁽²⁾; mais beaucoup d'essais ont prouvé qu'il est plutôt nuisible ⁽³⁾. La salivation est une cause d'aggravation de la maladie.

Les sudorifiques et les antimoniaux ont été employés avec de meilleurs résultats. Chisholm vante l'acide nitrique très-étendu et le chlorate de potasse ⁽⁴⁾; les purgatifs ont été souvent employés.

Les bains simples et surtout les bains sulfureux ont eu des avantages réels ⁽⁵⁾, ainsi que les bains de vapeur ⁽⁶⁾. Rankine a conseillé les bains de mer.

⁽¹⁾ *Journ. hebdom.*, 1835, t. I, p. 392.

⁽²⁾ Chopitre, p. 18. — Kunsemüller, p. 267. — Segond; *Journ. hebdom.*, 1836, t. II, p. 300. — Levacher, p. 212. — Macé, p. 27.

⁽³⁾ Thomson, t. XV, p. 326; et t. XVIII, p. 36. — Rankine, p. 288. — Ferrier, p. 176. — Adams, p. 213. — Paulet, p. 173.

⁽⁴⁾ *Annals of Medicine*, t. V, p. 396.

⁽⁵⁾ Levacher, p. 212. — Paulet, t. XVIII, p. 175.

⁽⁶⁾ Ferrier, p. 175.

Segond a prescrit, d'après l'avis de Sper, l'arséniate de soude dans des cas d'exostoses et d'autres altérations rebelles des os.

Les excroissances cutanées sont touchées avec les caustiques, et on s'est servi dans ce but du sublimé corrosif; mais il en est résulté des accidents graves ⁽¹⁾. La potasse est préférable. On peut encore cautériser avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure ⁽²⁾.

L'expérience ayant appris que le yaws se terminait plus heureusement et plus vite quand l'éruption se développait avec une certaine activité, on a pensé qu'il conviendrait, si le début languissait ou était irrégulier, de ranimer l'éruption en inoculant le virus d'un yaws récent et de belle apparence. Thomson a vu effectivement sous cette influence la maladie s'améliorer manifestement ⁽³⁾.

On a aussi proposé comme prophylaxie d'inoculer le yaws aux sujets exposés à le contracter, afin de le leur procurer plus bénin et plus prompt dans sa marche ⁽⁴⁾. C'est une imitation de l'inoculation variolique. Mais celle du yaws serait loin de s'appuyer sur des motifs plausibles. Pendant le cours si long du yaws, il peut arriver telle circonstance, telle complication qui lui donnerait un caractère fâcheux et ferait regretter d'en avoir provoqué le développement ⁽⁵⁾.

XIII. — ULCÈRE CONTAGIEUX DE MOZAMBIQUE.

Près la côte orientale d'Afrique, dans une assez vaste région qui comprend les îles de Mozambique, de Zanzibar, de Madagascar, et les îles Comores, on observe une maladie cutanée spéciale, sur laquelle M. le Dr Vinson a récemment donné des renseignements intéressants ⁽⁶⁾. Des Cafres l'ont apportée à l'île de la Réunion. Elle est inconnue aux Indes.

⁽¹⁾ Rankine, p. 289.

⁽²⁾ Paulet, t. XVIII, p. 174.

⁽³⁾ *Edinb. Journ.*, t. XVIII, p. 35.

⁽⁴⁾ Rankine, p. 285.

⁽⁵⁾ Kerr; *Cyclopædia of pract. Medic.*, t. IV, p. 753.

⁽⁶⁾ *Union méd.*, 1857, p. 14 et 19.

C'est une affection essentiellement contagieuse. En 1820, 64 noirs d'une habitation de la Réunion s'étant fait quelques légères blessures en travaillant, voulurent les laver avec une eau dont se servait un Cafre atteint de l'ulcère de son pays; ils furent bientôt affectés du même mal. En mai 1856, une vieille femme, venue de Madagascar, fut le point de départ de la contagion. Dans une émigration de 366 Cafres, se trouvaient deux hommes affectés de l'ulcère de Mozambique; bientôt il y en eut douze qui présentèrent le même état morbide. Trente-une femmes faisaient partie du convoi; aucune ne contracta cette affection.

L'ulcère de Mozambique ou de Madagascar se manifeste à tous les âges, surtout de douze à trente-cinq ans, et chez les deux sexes, mais principalement chez les hommes, même les plus forts, les plus beaux, et chez ceux qui négligent le moins les soins de propreté.

La contagion s'établit par les occasions les plus ordinaires; les mouches en sont accusées comme pour le yaws. En général, il est nécessaire qu'une solution de continuité de la peau permette l'absorption du principe contagieux.

Cette dermatose s'observe aux membres inférieurs, surtout au dos du pied, entre les orteils et au bas de la jambe. M. Vinson ne l'a vu qu'une fois dans la région lomulaire.

Il n'existe ordinairement qu'un ou deux ulcères chez un sujet. Ces ulcères sont larges et irréguliers; ils tendent toujours à s'agrandir. Leur centre est aplati, déprimé, granuleux, blafard; leurs bords sont élevés, durs ou fongueux; de leur surface suinte une matière séro-sanieuse, fétide et très-abondante. On dirait un vésicatoire ancien longtemps irrité, parsemé de granulations saignantes et entouré de bourrelets calleux. Cette solution de continuité a quelquefois encore l'aspect de l'ulcère vénérien, quand celui-ci est large, à bords élevés, taillés à pic, avec un fond grisâtre et déprimé. Les malades ne peuvent ni marcher, ni même se tenir debout.

L'ulcère faisant des progrès pénètre dans les tissus, met à nu les fibres musculaires, exerce sur l'ensemble de l'organisme

une influence délétère, d'où résultent l'affaiblissement, le marasme et la mort.

Lorsque l'ulcère est situé à la région dorsale du pied, il peut pénétrer entre les os et gagner la face plantaire. Cette désorganisation a fait regarder l'amputation comme obligatoire.

La durée de la maladie est indéterminée, mais en général elle est très-longue. Lorsque la guérison doit avoir lieu, la sécrétion de l'ichor diminue, le fond de l'ulcère prend une couleur vermeille, les bords se rapprochent, la cicatrice marche de la circonférence vers le centre, et produit un tissu inégal et facile à dilacérer. L'ulcère est très-susceptible de se reproduire.

Cette maladie a quelques rapports avec le yaws, car elle est d'origine africaine. Toutefois, elle appartient à l'orient et le yaws à l'occident du même continent. Elle est contagieuse aussi; mais le yaws offre des pustules multipliées, tandis que l'ulcère est solitaire ou du moins il ne s'en forme qu'un petit nombre. Le premier présente des excroissances, le second des surfaces déprimées. L'un a une marche déterminée, une fièvre d'invasion, etc., l'autre n'en a pas. Le yaws se développe sur toute la surface du corps et principalement au cercle supérieur; l'ulcère se manifeste presque exclusivement aux membres inférieurs. Ils résistent l'un et l'autre aux moyens de l'art, mais le yaws arrive à une heureuse terminaison plus promptement et plus sûrement que l'ulcère, dont la guérison est toujours plus incertaine et plus éloignée.

L'ulcère de Mozambique ou de Madagascar n'a de rapports ni avec la syphilis ni avec la variole. Ces maladies ont pu coïncider sans combinaison ni influence réciproque.

Le traitement réclame en premier lieu les plus grands soins de propreté. On a donné des pilules de Belloste et la liqueur de Van-Swieten, sans indication précise. On a pansé l'ulcère avec l'onguent égyptiac ou avec l'acide acétique étendu; ces topiques ont l'avantage d'éloigner les mouches. On a cautérisé les surfaces de mauvais aspect avec le nitrate acide de mercure ou avec la liqueur de Plenck. L'azotate

d'argent, plus facile à diriger et à restreindre dans son action, serait probablement préférable.

Après l'amputation, on a souvent le regret de voir la plaie se convertir en un ulcère semblable à celui qui avait obligé à sacrifier le membre.

XIV. — BOUTON D'ALEP.

Un exanthème chronique, ayant des caractères particuliers, règne à Alep et dans quelques-uns des districts qui avoisinent cette ville. Il consiste en une saillie tuberculeuse, très-lente dans son développement, qui se recouvre d'une croûte, se ramollit, s'ulcère, et guérit en laissant une cicatrice indélébile.

a. — Historique. — Cette maladie fut signalée au milieu du siècle dernier par Hasselquist ⁽¹⁾ et par Alex. Russell ⁽²⁾. Quelques années après, Hollande adressa des observations à la Société royale de Médecine de Paris ⁽³⁾ sur le même sujet.

Alibert a réuni quelques documents, et publié en 1829 une note sur le bouton d'Alep, qu'il appelle *pyrophlyctide endémique* ⁽⁴⁾.

Cette maladie a fait le sujet de deux Thèses, l'une de M. Estienne, soutenue à Montpellier ⁽⁵⁾, et l'autre de M. Guilhou, soutenue à Paris ⁽⁶⁾. L'auteur de celle-ci avait accompagné Pariset, en 1829, dans son voyage en Syrie.

M. Guyon a fourni quelques détails ⁽⁷⁾. M. Jilt en a également présenté ⁽⁸⁾. M. le Dr Willemin en a recueilli de très-remarquables, qui font la base d'un travail intéressant ⁽⁹⁾.

⁽¹⁾ *Mémoires de l'Acad. de Stockholm*, 1750, t. II, p. 136. (*Collect. Acad.*, part. étrang., t. II, p. 284. — *Commentarii de rebus gestis Lips.*, t. III, p. 204.)

⁽²⁾ *The natural history of Aleppo*. London, 1756, p. 262.

⁽³⁾ *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, 1777, t. II, *Hist.*, p. 314.

⁽⁴⁾ *Revue méd.*, 1829, t. III, p. 62.

⁽⁵⁾ Thèses de Montpellier, 1830, n° 6.

⁽⁶⁾ Thèses de Paris, 1833, n° 165.

⁽⁷⁾ Communication faite à l'Académie des Sciences le 31 janvier 1842.

⁽⁸⁾ Lettre à Thomson. (*Mémoires de la Soc. de Biologie*, 1849, t. I, p. 143.)

⁽⁹⁾ *Gaz. méd.*, 1854, p. 200, 228 et 252.

b. — Causes du bouton d'Alep. — Le bouton d'Alep se remarque à tous les âges. Les enfants y sont très-sujets après le sevrage et jusqu'à quatre ans. On le voit aussi vers l'âge de sept ou huit ans, surtout chez les enfants des étrangers, et de quinze à vingt ans chez les filles ⁽¹⁾. Jilt prétend que le sexe féminin y est très-disposé. L'embonpoint, le tempérament lymphatique, la diathèse serofuleuse, la syphilis ancienne, en favorisent le développement et lui donnent plus d'intensité.

C'est une maladie essentiellement endémique. Les étrangers peuvent la contracter après un séjour d'un mois à trois ans, et elle peut naître chez eux huit mois à trente-cinq ans après leur départ d'Alep et même lorsqu'ils n'y avaient séjourné que peu de temps ⁽²⁾.

La contagion n'est nullement la cause de la propagation de cette maladie. L'inoculation est restée à peu près sans résultats ⁽³⁾. Le chien offre souvent l'analogie du bouton sur le nez, les oreilles; mais ce n'est point l'effet d'une transmission. On avait accusé les pelisses du pays faites avec la peau de certains animaux; mais cette cause n'est nullement prouvée pour les indigènes, et elle n'existe certainement pas pour les étrangers. Quelquefois, plusieurs membres de la même famille sont affectés en même temps, ayant été simultanément soumis à une influence commune.

Rien n'atteste que cette influence soit atmosphérique. Les saisons paraissent n'avoir aucune part dans la production de la maladie. Le sol est fangeux, marécageux, coupé de lacs et de rivières ⁽⁴⁾. Mais une disposition semblable se trouve dans un très-grand nombre de pays sans qu'on y rencontre un exanthème semblable à celui d'Alep.

Du temps d'Hasselquist déjà on attribuait le bouton à la nature particulière des eaux. M. Guilhou a vu cette maladie

⁽¹⁾ Estienne, p. 6.

⁽²⁾ Par exemple un mois et demi. (Willemin, p. 202.)

⁽³⁾ Celles qui ont été faites par M. Willemin n'ont produit que des lésions mal caractérisées et passagères. (P. 256.)

⁽⁴⁾ M. Willemin dit que dans un petit district très-marécageux, voisin d'Alexandrie, il a vu une maladie analogue au bouton d'Alep. (*Gaz. méd.*, 1854, p. 202.)

très-commune dans les villages qu'arrose la petite rivière du Coïk, depuis Antab jusqu'à Alep, c'est-à-dire dans un espace d'environ quinze lieues. Elle est moins répandue, comme M. Willemin s'en est assuré, dans les villages où les habitants boivent une eau différente.

A Alep, les familles, les harems, qui boivent habituellement, au lieu de l'eau du Coïk, celle d'une source voisine, ont été complètement exempts du bouton endémique.

On peut objecter que le bouton n'est pas exclusif à Alep et à ses environs, qu'on l'a également observé jusqu'à Bagdad, à Bassora, sur la côte occidentale du golfe Persique (Hollande); que Pariset l'a vu en Égypte (Guilhou), et qu'on l'a rencontré en Crète ⁽¹⁾. Mais dans ces divers lieux se trouvent probablement des eaux de même nature que celles du Coïk. Les eaux de cette rivière sont alcalines, et elles déposent un détritrus organique très-abondant (Willemin, p. 255). Des recherches chimiques plus complètes sur la nature des principales eaux de ces différentes contrées éclaireraient sans doute l'étiologie du bouton d'Alep.

c. — Symptômes du bouton d'Alep. — Le siège le plus ordinaire de la maladie, surtout chez les indigènes, est à la face, et, d'après les observations d'Estienne, plutôt à gauche qu'à droite. Guilhou l'a vu sur les organes génitaux. Chez les étrangers, il a lieu souvent sur les membres, principalement à leur région dorsale ou externe, et près des articulations.

Le bouton d'Alep est ordinairement solitaire, mais il peut être multiple; on en a trouvé vingt chez le même individu. Guilhou dit en avoir compté jusqu'à soixante-dix-sept.

Le volume de la tumeur est variable. Sur les parties dépourvues de tissu cellulaire, comme le dos du nez, ce n'est qu'un simple tubercule; ailleurs, il peut égaler en grosseur un œuf de pigeon ou de poule.

Le bouton naît, sans avoir été annoncé par des prodromes,

(1) Estienne l'a vu à la Canée, chez deux filles du Consul anglais. (Thèse, p. 7.)

sous la forme d'une petite saillie arrondie, qui paraît tenir à la face interne du derme. Cette saillie est rosée, rarement douloureuse, parfois légèrement prurigineuse; elle est dure et pisiforme. Ses progrès sont extrêmement lents.

Estienne parle d'une vésicule qui se formerait au sommet de la tumeur; mais il paraît qu'il s'y produit plutôt de petites squames minces, dues à une légère exsudation séreuse.

La circonférence du bouton présente une auréole violacée. Le centre se ramollit et s'ulcère; la sécrétion qui en provient alors est séro-purulente et continue à se concréter.

Le bouton peut offrir l'aspect des pustules de l'acné, de l'ecthyma, de l'impétigo, ou même d'une syphilide tuberculeuse ou d'un cancroïde ⁽¹⁾.

La surface de l'ulcération est convertie de croûtes épaisses, quelquefois adhérentes; les bords restent tuberculeux et inégaux. Plus tard, l'affaissement a lieu, l'inflammation diminue, le centre se dessèche et se recouvre de lamelles minces et écailleuses. Il se forme au-dessous une cicatrice persistante, solide, quelquefois déprimée, de couleur blanche ou brune.

On n'observe point de symptômes généraux. Il est rare que le bouton d'Alep soit douloureux. Alibert, cependant, annonce qu'il l'est, s'en rapportant au récit d'un médecin qui avait eu cette maladie (p. 66). Il ne survient de fièvre que dans la deuxième période, c'est-à-dire à l'époque du ramollissement du tubercule (Estienne, p. 14).

d. — Durée, terminaisons du bouton d'Alep. — La durée ordinaire de l'exanthème est d'un an ⁽²⁾, sans que les maladies intercurrentes, comme la variole, la vaccine, la rougeole, etc., paraissent en modifier le cours. La terminaison la plus habituelle est le retour à la santé; la mort est l'exception. Le

(1) Willemin, p. 232.

(2) Le bouton d'Alep est appelé par les indigènes *habbat-el-senna*, c'est-à-dire bouton d'un an. (Guyon, séance de l'Académie des Sciences du 31 janvier 1842. *Archives*, 3^e série, t. XIII, p. 375.)

bouton laisse des traces fâcheuses de son passage; indépendamment des cicatrices ordinaires, il en peut produire de difformes et des espèces d'échancrures sur l'aile ou le lobe du nez, sur la paupière; celle-ci est quelquefois atteinte d'ectropion. L'œil lui-même a pu, dans certains cas, être envahi par les progrès du bouton (Hasselquist, Guyon).

Cette maladie n'est point généralement suivie de *récidive*. Toutefois, M. Willemin en a observé trois cas; en outre, quelques sujets lui ont offert une éruption consécutive, analogue au bouton ordinaire, mais de plus petite dimension et d'une plus grande bénignité.

e. — Traitement du bouton d'Alep. — Le plus communément on laisse la maladie faire son temps. Peut-être hâterait-on sa terminaison par l'emploi de quelque caustique. Salina, médecin d'Alep, voulait se servir du feu. La pâte de Vienne aurait sans doute la même efficacité.

Les indigènes appliquent sur le bouton des feuilles de limonier ou des tranches de limon. Ils font des lotions avec une eau savonneuse et tiennent la partie très-propre.

On a donné des boissons acidulées, et comme moyen préservatif M. Willemin propose d'ajouter à l'eau du Coik, quand on n'en peut boire d'autre, quelques gouttes de suc de citron ou d'alcool.

XV. — BOUTON DE BISKARA.

L'occupation de la province de Constantine a fait découvrir une autre maladie endémique et spécifique, le *bouton de Biskara*, qui est très-répan due dans le territoire des Zibans, sur la limite septentrionale du grand Sahara. Ce fut en 1844 et 1845 que les médecins français purent observer cette maladie à Biskara. Elle fut décrite avec soin par M. Poggioli⁽¹⁾. Elle a été également étudiée sur les lieux par MM. Cabasse⁽²⁾,

⁽¹⁾ *Description d'une maladie cutanée nouvelle, ou dermatose ulcéreuse.* Thèses de Paris, 1847, n° 172.

⁽²⁾ *Dermatose ulcéreuse des Arabes, el habba.* Thèses de Paris, 1848, n° 175, p. 82.

Bedié⁽¹⁾, Beylot⁽²⁾, Massip⁽³⁾, Verdalle⁽⁴⁾, Weiss⁽⁵⁾, qui en ont donné une idée, sinon complète, du moins exacte et précise.

a. — Causes du bouton de Biskara. — Cette maladie affecte surtout les adultes. Elle a paru plus commune chez les hommes que chez les femmes. Les Européens et les Maures de Constantine y sont plus disposés que les indigènes. Peut-être ceux-ci avaient-ils antérieurement payé leur tribut.

Le bouton de Biskara fut très-fréquent en 1844 et 1845; il n'épargna même pas le commandant supérieur; il devint rare en 1846 et 1847. Il se montre en automne⁽⁶⁾ et disparaît au printemps. Sa propagation est épidémique, et n'est point contagieuse.

On l'attribue à l'usage, comme boisson, de l'eau d'une petite rivière nommée *Oued-el-Kantara*, qui, passant sur des couches de sel gemme, en dissout une certaine quantité, et qui, de plus, entraîne divers autres sels et des détrit us de végétaux⁽⁷⁾. Pendant les chaleurs de l'été, les habitants de Biskara sont inondés d'une perpétuelle et excessive sueur; ils sont dévorés par la soif, et ils boivent des quantités considérables de la seule mauvaise eau qu'ils ont à leur disposition. M. Beylot assure qu'on voyait alors sur la peau et sur la chemise des soldats se former une poussière blanche cristalline, d'aspect salin⁽⁸⁾. M. Weiss a fait la même observation⁽⁹⁾. La

⁽¹⁾ *Topographie de Biskara.* Thèses de Paris, 1849, n° 222.

⁽²⁾ *Topographie médicale de Biskara.* Recueil de Mémoires de Méd. milit., 1851, 2^e série, t. XI, p. 232.

⁽³⁾ *Essai sur le bouton de Biskara.* *Ibid.*, p. 239.

⁽⁴⁾ *Quelques notes sur le climat des Zibans.* Thèses de Montpellier, 1851, n° 37, p. 34.

⁽⁵⁾ *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 181.

⁽⁶⁾ Le développement de la maladie peut s'effectuer malgré un changement de résidence. (Massip, p. 239.)

⁽⁷⁾ D'après une analyse faite par M. Tripiet, pharmacien principal, cette eau contient (par kilogramme) des chlorures de sodium et de magnésium (aa 1,20), des sulfates de chaux (0,40) et de soude (0,25), du carbonate de chaux (0,15), et une matière organique (0,10).

⁽⁸⁾ *Mémoires de Méd. milit.*, 2^e série, t. II, p. 234.

⁽⁹⁾ *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 189.