

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.

présence dans l'organisme de ces principes, dont l'excès ne peut qu'être nuisible, serait-elle la véritable cause du bouton? Mais cette cause se reproduit tous les ans, tandis que le bouton ne se montre qu'une fois chez le même sujet.

Cette maladie est attribuée par les naturels à l'usage très-abondant des dattes. La même objection peut être faite. D'ailleurs, M. Cabasse a vu le bouton des Zibans aux environs de Tlemcen et dans certaines parties du Maroc (1), où ne se trouvent peut-être pas les mêmes dispositions géologiques ni le même genre d'alimentation.

La maladie de Biskara présente, comme toutes les endémies qui viennent d'être étudiées, une nature spécifique. Les causes qui font éclore ces curieuses maladies échappent à la sagacité des observateurs. Les conditions atmosphériques ou telluriques restent ignorées; les modifications organiques que ces causes développent sont elles-mêmes latentes et occultes. Cependant, leur réalité se révèle par des manifestations déterminées et constantes, par des diathèses spéciales, offrant aux hommes de science une mine féconde de recherches du plus haut intérêt.

b. — Symptômes et marche du bouton de Biskara. — Les premiers symptômes commencent à paraître lorsque les chaleurs de l'été ont diminué. Le malade ressent du prurit dans un point. Il s'y forme une ou plusieurs saillies; leur siège ordinaire est à la face, au front, au nez, sur les paupières, etc.; d'autres fois à un membre, surtout à l'avant-bras ou à la jambe (2). M. Poggioli en a vu sur le dos du pied, sur le gros orteil, sur le pénis. Quelquefois une légère écorchure devient l'occasion de ce travail local, qui prend des aspects variés. Ce sont des vésicules miliaires, ou des bulles, ou des pustules analogues à celles de l'acné, ou de l'ecthyma, ou du furoncle, ou enfin ce sont des nodosités arrondies ou aplaties, indolentes et inhérentes au derme.

(1) Thèse citée, p. 83.

(2) Weiss; *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 184.

Ces petites saillies, en nombre variable, se couvrent de squames minces, s'agrandissent, proéminent, et fournissent par leur sommet quelques gouttelettes d'une sérosité citrine et limpide, ou opaque et purulente.

Souvent il se forme des croûtes dures (1), épaisses, grisâtres, analogues à celles du rupia. D'autres fois, du centre de la pustule s'élève une végétation comparable à celle du sibbens ou du yaws.

Plus fréquemment, c'est une ulcération qui se creuse, qui s'étend, corrode le derme et les tissus qu'elle recouvre, s'entoure de bords élevés, renversés, taillés à pic. Cet ulcère peut avoir jusqu'à cinq centimètres de largeur; son fond est rougeâtre et inégal. Il fournit une matière purulente, tantôt inodore (Bedié), tantôt fétide. Il est le siège d'une cuisson vive, d'une inflammation étendue aux environs. Les ganglions lymphatiques voisins sont parfois engorgés.

Les bords de cette solution de continuité s'affaissent, se rapprochent du centre; l'aurole inflammatoire se rétrécit; la cicatrice se forme; elle est déprimée et persistante; à la face, elle peut laisser des traces de corrosion sur le nez, les paupières, les oreilles.

Le bouton de Biskara n'empêche pas le malade de vaquer à ses affaires. Il ne trouble pas l'exercice des fonctions.

Sa durée est toujours de plusieurs mois, de trois à cinq; elle peut être de huit à dix (Bedié).

La terminaison par le rétablissement de la santé est à peu près constante. On n'a vu la mort survenir que par suite de complication d'affection cérébrale ou de cachexies préexistantes.

c. — Diagnostic du bouton de Biskara. — Le bouton de Biskara présente quelques analogies avec le rupia, le yaws, l'ulcère de Mozambique, et surtout avec le bouton d'Alep.

1° Il ne ressemble au rupia que par l'une de ses variétés.

(1) Comme ligneuses. (Poggioli, p. 26.)

L'analogie ne porte que sur la forme et ne mérite pas de nous arrêter.

2° La ressemblance avec le yaws n'est encore relative qu'à un petit nombre de circonstances. D'ailleurs, l'un est contagieux, l'autre ne l'est pas, ce qui suppose une grande différence de nature.

3° Les larges érosions causées par le bouton des zibans le rapprocheraient de l'ulcère de Mozambique. Mais celui-ci appartient constamment au cercle inférieur, et il est contagieux.

4° Une similitude beaucoup plus marquée existe entre le bouton de Biskara et le bouton d'Alep. L'un et l'autre sont très-fréquents dans leurs localités respectives (1); ils n'épargnent que peu d'individus; ils se présentent sous la forme de pustules qui s'ulcèrent; ils ont leur siège le plus ordinaire à la face; ils n'ont lieu qu'une fois chez le même individu, et ne sont pas contagieux; enfin, on les attribue à l'influence des eaux qui servent à la boisson. Ces analogies sont fort importantes, mais on peut leur opposer quelques différences: Le bouton d'Alep est plus fréquent chez les enfants et chez les femmes; celui de Biskara chez les adultes. Le premier s'observe dans toutes les saisons; le second en automne seulement. Le premier n'est qu'endémique; le second, qui l'est également, prend en outre les allures d'une épidémie. Le bouton d'Alep a une marche lente, sa durée est annuelle. Le cours du bouton de Biskara est d'un ou deux trimestres. Ce dernier est plus bénin, plus superficiel que le précédent.

d. — Traitement du bouton de Biskara. — Les indigènes sont persuadés que le meilleur moyen de combattre l'effet des dattes est de faire manger de la chair de chien (2), préjugé que l'expérience n'a nullement appuyé.

(1) Ces localités, comme le fait remarquer M. Verdalle, sont au point de contact des terres cultivées et de vastes déserts, soit d'Alep à Bagdad, tout le long de la vieille Mésopotamie, soit entre Alexandrie et le Caire, soit dans les Zibans, sur la lisière du grand Sahara. (Thèse, p. 38.)

(2) Guyon; *Voyage d'Alger aux Zibans*. Alger, 1852, p. 242.

Si le bouton de Biskara provient de l'ingestion d'une eau saumâtre et bourbeuse, il convient de la filtrer avant de s'en servir, d'y associer le vin ou l'eau-de-vie.

Si cette maladie commence lorsque les transpirations diminuent ou se suppriment, on peut y suppléer par le moyen des bains de vapeurs et des vêtements de flanelle. M. Weiss a indiqué une source sulfureuse, située à 6 kilomètres de Biskara, qu'il serait très-opportun d'utiliser comme moyen prophylactique ou comme agent curatif (1). On a conseillé les mercuriaux, les vésicatoires, les caustiques, etc.; mais rien ne hâte à Biskara même la marche ordinaire de la maladie, tandis que tout réussit ou plutôt que la maladie guérit d'elle-même à Constantine ou ailleurs (2). Le changement de résidence est donc le premier des moyens à prescrire.

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 191.

(2) Poggioli, p. 23.

FIN DU TOME CINQUIÈME.





