

reconnait aucun autre tissu. On les rencontre en moins grande proportion dans les parties voisines; par contre, ils existent régulièrement au-dessous de l'épiderme, tant qu'il adhère encore solidement au tissu sous-jacent (R. Koch), mais ils manquent dans les points où l'épiderme est soulevé ou moins adhérent, puisqu'ici les mucédinées qui viennent du dehors les envahissent et les détruisent. On sait également que, dans les cadavres d'animaux atteints de pustule maligne, les bacilles disparaissent rapidement.

Bien que jusqu'à présent sans application pour la pathologie humaine, les résultats si pleins de promesses de Pasteur doivent être mentionnés ici; nous voulons parler de ses inoculations méthodiques préventives chez le bœuf au moyen du contagé très atténué de la pustule maligne. Sous ce rapport, je renvoie, ainsi que pour le mode et la cause de l'infection et les symptômes de la maladie générale et intestinale dans la pustule maligne (mycose intestinale), aux ouvrages de chirurgie et de pathologie spéciales. D'après son origine, l'anthrax charbonneux survient le plus souvent chez les équarisseurs, les garçons d'écurie et les personnes qui sont en contact avec les cadavres et les dépouilles des animaux charbonneux; accidentellement aussi, il est engendré par la piqûre de mouches qui précédemment s'étaient posées sur des cadavres morts du charbon.

La morve de l'homme, *maliasmus* (*malleus humidus*, *morve et farcin*), qui se développe par la transmission de la maladie correspondante du cheval à l'homme, se manifeste localement, de la même manière que tous les phlegmons produits par des virus organiques inoculés, par de l'inflammation, de la suppuration, de la gangrène, de la lymphangite, de l'adénite, des suppurations métastatiques, et elle peut amener la mort par pyémie, ou se terminer par guérison après l'élimination de la gangrène.

Ou bien il se produit une maladie générale maliatique avec ou sans affection locale antérieure. L'empoisonnement général du sang est alors révélé par des frissons, de la fièvre, des douleurs, de la tuméfaction, de l'œdème, de l'exsudation, de l'hémorrhagie, de la suppuration autour et dans les articulations, et des localisations inflammatoires à la peau, sur laquelle on voit se développer de nombreuses pustules de diverse grosseur, des furoncles, des nodosités hémorrhagiques et des abcès de volume très différent. La muqueuse nasale est souvent tuméfiée, enflammée et elle devient le siège d'une sécrétion purulente abondante. Le mal se termine fatalement en peu de jours ou en peu de semaines avec une fièvre intense, des phénomènes cérébraux, des localisations pneumoniques, spléniques et intestinales (morve aiguë),

ou bien il devient chronique; alors les symptômes généraux graves disparaissent, mais les abcès se renouvellent et la mort arrive à la suite d'un marasme prolongé; ou bien enfin, dans des cas rares, la série des inflammations locales cesse, et les malades guérissent.

A l'autopsie des sujets qui ont succombé à la morve, on trouve, outre les nodosités et des foyers purulents de la peau, aussi des lésions analogues des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngienne, des bronches; on constate de la pneumonie en foyer et des altérations diverses des organes parenchymateux, des muscles et du système vasculaire.

Le diagnostic de la morve humaine exige une certaine attention, puisqu'on peut la confondre facilement avec la variole, mais plus facilement encore avec la syphilis pustuleuse et gommeuse.

Pour que la contagion de la morve s'opère, il n'est pas besoin du contact direct d'un animal morveux. Il suffit de coucher et de séjourner longtemps dans une écurie qui renferme des chevaux morveux ou même de disséquer un de ces animaux; car il est démontré que le virus morveux est volatil.

On a aussi observé la transmission de la morve d'homme à homme.

Il faut regarder le bacille de la morve comme la cause de cette affection (Loeffler, Schütz, Weichselbaum). On trouve ce bacille sous forme de bâtonnets, de la grosseur des bacilles de la tuberculose, toutefois plus larges, 2 à 5  $\mu$  de longueur, 0,5 à 1,4  $\mu$ ; il forme des spores (Weichselbaum). L'injection de cultures pures de bacilles de la morve provoque la morve typique chez les chevaux, les lapins, les cobayes et les souris des champs. On rencontre de nombreux bacilles dans les nodosités et les abcès, ainsi que dans le sang et l'urine. Les souris blanches jouissent de l'immunité.

La pustule d'infection cadavérique survient chez les personnes qui sont en contact avec des cadavres humains ou animaux et avec leurs dépouilles (peaux d'animaux), chez les anatomopathologistes, les garçons d'amphithéâtre, les équarisseurs, les tondeurs d'animaux. L'affection envahit, en général, un point de la face dorsale des mains sous forme d'une bulle hémorrhagique ou d'un furoncle folliculaire, le plus souvent très douloureux. La marche est tout à fait analogue à celle que j'ai déjà décrite pour d'autres formes d'infection; soit une inflammation locale aiguë avec lymphangite, gangrène, nécrose des parties molles, des os, avec guérison; soit des accidents pyémiques aigus et la mort; soit enfin un état de marasme chronique avec ou sans guérison.

Nous allons encore étudier plus en détail une autre forme de l'in-

flammation occasionnée par l'infection cadavérique, amenant la prolifération du corps papillaire et des callosités proprement dites et des verrues (1).

Dans les traités de pathologie, il est encore question de furoncles endémiques, comme l'anthrax de Hongrie, d'Esthonie, de Bothnie, et le bouton d'Alep, etc.

Parmi ces derniers, le bouton d'Alep paraît avoir seul le caractère d'une forme morbide spéciale.

Les premiers renseignements scientifiques sur le bouton d'Alep datent du milieu du siècle dernier et concordent, en somme, avec ceux qu'on a recueillis jusque dans ces derniers temps. D'après ces données, il s'agit d'une maladie endémique que l'on observe particulièrement dans les régions de l'Oronte, de l'Euphrate et du Tigre (Pococke, Willemin, Rigler, J.-E. Polak, etc.), et qui, là, est circonscrite à des villes déterminées, Diarbékir, Alep, Ofra, etc...; et déjà à quelques heures de distance elle n'est plus autochtone. Tous les indigènes en sont atteints, en général entre la deuxième et la septième année, jamais avant la deuxième. Tous les immigrants sont également affectés du bouton, même s'ils n'ont fait qu'un court séjour dans ces pays, mais à coup sûr s'ils les ont habités pendant longtemps.

Mais on rapporte également la même chose d'autres régions tropicales ou sous-tropicales, de Delhi, dans les Indes orientales (bouton de Delhi), de certains pays en Afrique, Algérie, où les troupes françaises sont très atteintes, de Biskra (bouton de Biskra), de Polynésie, etc...

On décrit ainsi la maladie :

Sans autre cause connue, il survient sur une partie de la peau, en général de la face ou de la surface d'extension des mains et des pieds, souvent dans le voisinage des articulations, jamais, dit-on, sur la paume des mains et la plante des pieds, une plaque rouge, analogue à de l'urticaire, de la dimension d'une lentille ou un peu plus grande, légèrement saillante et un peu prurigineuse. Graduellement, dans l'espace de plusieurs semaines ou de deux à trois mois, la tache se transforme en une nodosité dure, saillante, analogue à un furoncle, ovale, brun rouge, dont la grosseur varie de celle d'un pois, d'un haricot, d'une noisette, à celle d'une noix, dont la surface est au centre recouverte de squamules minces, sèches, ou de croûtelles brun jaunâtre, ou bien excoりée.

Vers le cinquième ou sixième mois, il se produit d'ordinaire une

(1) Voyez plus loin, au chapitre des tuberculoses cutanées, où nous traiterons du *tubercule des anatomistes*. E. B. — A. D.

désagrégation rapide de la portion centrale en commençant par la surface, et il s'établit peu à peu une perte de substance, sous forme d'une ulcération torpide, cratériforme, avec sécrétion séro-visqueuse. Après un laps de temps plus ou moins long, le fond et les bords deviennent infiltrés de liquides et saignent au contact plus facilement qu'au début, ce qui amène aussi, à partir de la base, la formation de bourgeons charnus; dès lors, l'ulcération guérit rapidement, tandis que l'infiltrat se perd dans les parties adjacentes. Une cicatrice correspondant à l'étendue et à la forme de l'ulcère persiste comme vestige du bouton.

En général, chez les sujets atteints il n'existe qu'un seul bouton (bouton mâle); cependant on rencontre des cas dans lesquels on voit apparaître simultanément plusieurs boutons, de huit à douze et même davantage (bouton femelle).

Le bouton ne survient qu'une seule fois dans la vie.

Peu de médecins européens ont eu l'occasion d'observer personnellement cette maladie, et moi-même, jusqu'en 1884, je ne l'avais jamais vue. Il a existé par conséquent de tout temps une certaine méfiance relativement aux faits et aux descriptions qui ont été publiés sur cette affection, méfiance d'ailleurs justifiée en principe en raison de ce fait que toute une série de maladies, que l'on a pendant longtemps citées comme des formes morbides spéciales et endémiques, ont été reconnues, à la suite d'une étude plus minutieuse, comme des processus morbides déjà connus, tels que le *siwwens* en Écosse, la *radesyge* en Norvège, le *skerljevo* à Fiume, etc. Geber, qui a eu l'occasion de voir sur place la maladie, a également démontré que différents processus chroniques connus, que l'on observe en tout pays, tels que la syphilis et le *lupus*, etc., ont été décrits pêle-mêle sous le nom de bouton d'Alep. Mais ceci ne nous empêche pas de considérer ce bouton comme une maladie spéciale, qui se distingue d'autres affections analogues par des caractères particuliers.

J'ai vu, au mois de novembre 1884, le bouton d'Alep chez un médecin, le docteur F..., qui avait vécu à Ofra, et chez trois membres de sa famille. Chez ce médecin, il y avait, juste au-dessous de la malléole interne du côté gauche, une nodosité rouge brun, allongée, de la grosseur d'un pois, rénitente, à surface unie et présentant une croûte mince, située au-dessus de la partie moyenne qui était légèrement déprimée.

La nodosité avait son siège dans le chorion superficiel et n'était mobile qu'avec lui; elle n'était douloureuse qu'à une légère pression. Cette nodosité existait alors depuis trois mois et s'était développée chez ce malade un mois avant son départ d'Ofra.

Chez son fils, âgé de six ans, il existait une perte de substance cicatricielle, profonde, sur le bord du pavillon de l'oreille gauche;

cette perte de substance était consécutive à un bouton qui avait commencé en septembre 1883, était resté ulcéré jusqu'en juin 1884 et avait ensuite guéri.

Chez sa femme, qui avait quitté la Mésopotamie avec sa famille depuis deux mois et demi, il était survenu, il y a un mois, un bouton, alors qu'elle résidait déjà en Europe; cette nodosité, de la grosseur d'un petit pois, était située au-devant du condyle du cubital droit, au-dessus du poignet.

Un enfant de six mois, appartenant à cette même famille, portait au milieu du front une papule presque aussi grosse, laquelle s'était développée à Vienne quinze jours auparavant.

Malgré une certaine ressemblance entre le bouton d'Alep et une nodosité de lupus, de syphilis, de sarcome, de lèpre, de kéloïde ou de furoncle, il est impossible, à un examen attentif, de le confondre avec aucune des lésions que je viens de citer.

L'examen histologique de la nodosité excisée sur le D<sup>r</sup> F. a fait reconnaître une infiltration compacte de cellules qui atteignait principalement la couche papillaire d'une manière uniforme, mais en outre s'étendait le long des vaisseaux à travers le chorion jusque dans les glandes sudoripares et le panicle graisseux, et entourait ces vaisseaux ainsi que ceux des glandes sébacées et des follicules pileux. A la partie médiane de la nodosité, l'infiltration se prolongeait jusque dans le réseau; par suite, elle voilait la limite des papilles et de nombreuses cellules présentaient des signes de régression, un gonflement tubéreux ou une opacité granuleuse. Sur les bords de ce bouton, les papilles infiltrées étaient élargies, les prolongements du réseau avaient proliféré en largeur et en profondeur dans le chorion.

En ce qui concerne l'étiologie de cette affection bizarre, on ne sait rien de positif. Il n'y a rien de fondé dans ce qu'on a dit autrefois à ce sujet des influences climatiques et telluriques, du genre de vie, de la race et des conditions sociales. Il est très probable qu'il s'agit d'une cause infectieuse. Mais jusqu'à présent on n'a réussi ni à démontrer la présence de parasites végétaux ou animaux, ni à effectuer la transmissibilité expérimentale du bouton d'Alep (Flemming, Schlimmer, Carter). Dans le bouton examiné par nous, on n'a trouvé aucune espèce de microbes (1).

(1) Nous avons différé jusqu'à la fin de ce chapitre nos remarques qui eussent été trop nombreuses, pour les réunir dans l'appendice suivant :  
E. B. — A. D.

## APPENDICE DES TRADUCTEURS

## Bouton endémique d'Orient

OU

## Bouton endémique des pays chauds.

Le « bouton d'Orient », que nous jugeons plus exact d'appeler *bouton endémique d'Orient*, ou *bouton endémique des pays chauds*, est une affection cutanée de cause externe qui se développe, en certaines saisons, dans un grand nombre de régions et de localités isothermes, dont les limites et le nombre ne sont pas encore fixés complètement, mais que l'on peut provisoirement se représenter, d'une manière sommaire, avec LE ROY DE MÉRICOURT, — ART. Bouton d'Alep. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, — comme contenues dans une zone qui s'étend, du Maroc, à l'Ouest, jusqu'aux rives du Gange, à l'Est, et qui est comprise entre les dixième et quarantième degrés de latitude Nord.

Les dénominations qui s'y rapportent sont en nombre illimité : Bouton d'Alep, de Bagdad, de Cambay, du Nil ou d'Égypte, du Caire, de Suez, de Crète, de Delphes, de Guzerat, du Sindh, de Bombay, du Zab ou des Zibans, de Laghouat, d'Ouargla, d'El-Kantara, etc., etc., Bouton d'un an. — Pyrophlyctide endémique, Pustule de Bassora, Impetigo annuel, Clou de Delhi, d'Umballa, de Biskra, de Gafsa, de Tuggurth, de Pendjdeh, etc., etc. — Ulcère d'Orient, Ulcère ou Chancre du Sahara, Dermatose ulcéreuse, Ulcère des pays chauds, etc., etc. — Maladie des Sartes, etc., etc.

Depuis longtemps, l'analogie ou l'identité des affections ainsi dénommées est annoncée et affirmée d'après l'identité générale des caractères cliniques; mais il est réservé à la période contemporaine d'en fournir la démonstration péremptoire par la preuve de l'identité de l'élément pathogène; la préparation, fort laborieuse, de cette preuve est en cours d'exécution; le travail d'épuration et la période de discussion ne sont pas encore clos.

Voyez SMITH, FLEMING, *Army med. Rep.*, vol. X et XI, 1868, 1869, cit. Tilbury Fox, *Skin Diseases*, third Edit., n° 243, 1873. — VANDIKE CARTER, notes on the « Bouton de Biskra ». *The Lancet*, 1873, *Med. chir. Transact.*, 1877, et WEBER, Études sur le Clou de Biskra, in *Rec. de Mém. de méd. militaire*, 1876. — A. LAVERAN, Contribution à l'étude du Bouton de Biskra, in *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, t. I, 1880, p. 173. — BOINET, BOINET et DEPÉRET, 1884. — Du Bouton de Gafsa au camp de Sathonay, *Lyon médical*, 1884. E. DUCLAUX, Étude d'un microbe rencontré sur un malade atteint du Clou de Biskra, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, t. V, 1884, p. 377. — E. DUCLAUX et A. FOURNIER, in *Bullet. Acad. de Méd.*, 1884, p. 743. Discuss., p. 769. — E. DUCLAUX et HEYDENREICH, *Arch. de Physiologie*, 1884. — HEYDENREICH, *Soc. de Biologie*, 1886. — G. RIEHL, zur Anat. und Ätiol. der