

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^r 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 panicule 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^e 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^e 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

Orientbeule. — Travail du Laboratoire d'anatomie de KUNDRAT, 1887; anal. franc., p. DOYON, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. IX, 1888. — A. CHANTEMESSE. Note sur le Bouton du Nil. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1887, p. 576. — F. PONCET, *Annales de l'Institut Pasteur*, nov. 1887. — Voy., en outre, E. VIDAL. Leçon clinique, Du Bouton de Biskra, in *Bulletin médical*, 1887, p. 133, et M. BOUQUET, Du Clou de Biskra, *Thèse inaugurale*, Paris, 1887. — SIRUS-PIRONDE et C. ODDO, Étude étiol. sur l'ulcère des pays chauds, in-8^o, Marseille, 1887. — J.-B. LOUSTALOT, Le Bouton de Biskra, *Thèse de Lille*, 1888. — LELOIR et VIDAL, *Traité descript. des mal. de la peau*, 1^{re} livraison, pl. VI.

Le bouton endémique est contagieux à tous les degrés, auto-inoculable, inoculable et réinoculable indéfiniment; son agent producteur peut être reçu des sources les plus multiples, être conservé dans les déchets des lésions cutanées, les objets souillés, et avoir tous les *circumfusa* (on ne paraît pas avoir étudié scientifiquement la question des *ingesta*) pour agents vecteurs; l'eau est incriminée surtout, et c'est au bain que les sujets atteints rapportent très souvent l'origine de leur mal; il se développe sur les animaux domestiques et peut être apporté et inséré sur le tégument par les insectes locaux.

Dans ces conditions, on comprend aisément que la maladie atteigne tout le monde et à tout âge, et qu'elle ait lieu d'élection sur les parties découvertes, les extrémités, la face, — non le cuir chevelu — rarement le tronc, exceptionnellement les organes génitaux.

Quelquefois solitaire, le bouton est plus ordinairement multiple, — deux à douze, — moins souvent multiplié jusqu'à atteindre le nombre de quarante à cinquante. — Un des sujets inoculés par WEBER avait déjà eu, auparavant, quarante-trois boutons.

L'étude anatomopathologique du bouton endémique, même poussée au degré de perfection histologique où l'ont menée PONCET, RIEHL, etc., est parfaitement stérile et bien faite pour montrer l'insuffisance de l'histologie pure. Elle n'apprend ni la nature de l'irritant pathogène, ni sa voie de pénétration, ni son lieu anatomique d'élection; elle ne constate que les désordres secondaires qui atteignent, comme le lupus, etc., le derme plus ou moins profondément et déterminent des lésions indélébiles.

Tout l'avenir est dans l'histobactériologie — (Voy. les travaux que nous avons cités plus haut et LELOIR, in *Thèse de LOUSTALOT, Sup. cit.*, et *Traité cit.* —), et le moment n'est pas éloigné où les inconnues qui n'ont pas été encore dégagées le seront par les progrès de la technique et par une connaissance plus approfondie de la microbiologie.

Quand l'agent producteur du bouton endémique est déposé dans le tissu de culture, c'est-à-dire dans le réseau, ou dans la couche papillaire du derme, ou bien quand il est inoculé expérimentalement, le développement se fait, comme dans le chancre simple, immédiatement après l'insertion des déchets quelconques, croûtes, pus, ichor, provenant de la plaie, et l'évolution est rapide. — Le 15 avril 1875, WEBER fait trois inoculations sur le bras d'un adulte avec des parcelles de croûte. Trois jours après, apparaissent des clous aux endroits inoculés, clous croûteux qui, le 1^{er} mai — sixième jour — sont grands comme une pièce d'un franc; ces clous sont guéris en deux semaines et suivis

des cicatrices caractéristiques, — *loc. sup. cit.*, p. 50. Les inoculations faites par d'autres observateurs, par BOINET et DEPÉRET, et en dernier par M. CHANTEMESSE, avec une épingle trempée dans une culture sur gélatine de microbe de bouton du Nil, *loc. cit.*, p. 679, donnent des résultats concordants. L'évolution du bouton expérimental semble plus simple, plus rapide, moins extensive que celle du bouton vulgaire, ce qui tient à la pureté de l'élément inoculé, quand il a été obtenu par culture régulière, et à l'instantanéité de l'insertion.

Dans les conditions non expérimentales, extrêmement variables, selon que le germe irritant est déposé à la surface de la peau saine, interné dans un follicule, ou reçu par une lésion préexistante quelconque, traumatique ou pathologique, il apparaît un intervalle entre la contamination et l'éclosion, que l'on appelle *incubation*, mais qui ne mérite pas cette qualification, et qui présente seulement le temps pendant lequel le germe n'a pas atteint le point de culture. L'incubation vraie est unique pour un élément déterminé, ses variations apparentes ne relèvent que des différences entre les différents cas, relativement à des circonstances qui retardent l'arrivée du germe au lieu de culture, ou la variation des conditions nécessaires à sa fructification.

La multiplicité des sources virulentes, la conservation de l'élément pathogène sur des objets à usage ou autres, rendent très difficile l'interprétation exacte des différences observées, et permet de comprendre, sans sacrifier au préjugé des incubations variables, comment le bouton peut se développer chez des sujets qui ont depuis longtemps quitté le pays où il est endémique, qui n'ont fait que le traverser, et même comment il peut être communiqué loin de ce pays par les procédés ordinaires de contagion. Un malade du service de VIDAL avait quitté Biskra depuis dix-huit jours, et l'Algérie depuis quinze jours, lorsque le bouton débuta, et BRÖCQ a fait une constatation semblable. — LELOIR et VIDAL, *loc. cit.*, p. 79.

Dans tous les cas, une fois commencée, la végétation du bouton est active; c'est d'abord, au milieu de la peau saine, une petite tache ou élevure insignifiante analogue à un grand nombre d'autres irritations folliculaires banales, éphémères, une papule érythémateuse analogue à celle du début de l'acné, du furoncle, et de toute une série d'autres affections. Aussi passe-t-elle inaperçue, s'il n'existe pas antérieurement d'autres altérations plus avancées.

L'évolution est très rapide; au bout de peu de jours, le centre de la lésion initiale entre en régression et forme une petite croûte recouvrant un orifice, dont la pression fait sortir un peu de pus et dont l'avulsion laisse alentour une collerette desquamative. Le « clou » est constitué, et, simple ou aggloméré, il se présente avec les mêmes caractères. Il est évident que cette période manque, ou est inappréciée, quand le bouton est *secondaire* à une lésion préexistante sur laquelle il se développe plaie, ulcère, eczéma, etc., ou qu'il remplace, herpès, pustule vaccinale, variolique, etc.

Dans quelques cas, tout peut se borner là, le bouton avorte ou constitue le « clou léger », le bouton abortif. Le plus ordinairement, le bouton persiste et des éléments semblables s'agglomèrent autour de

lui, formant des plaques arrondies ou ovalaires irrégulièrement.

Chaque plaque se compose, en moyenne, de six à dix élevures semblables à celle décrite ci-dessus; la peau qui sépare les boutons les uns des autres a une teinte rosée ou terreuse; elle n'a jamais la nuance cuivrée ou maigre de jambon des syphilides. *Ces plaques sont absolument caractéristiques.....* En voyant un individu porteur de cette éruption, sans même l'interroger, nous n'hésiterons pas à reconnaître le bouton endémique; plus tard, ses caractères deviennent moins nets...

Lorsqu'on applique des cataplasmes sur cette éruption, les croûtes se détachent, et on a alors une plaque avec des *ulcérations* arrondies, bien distinctes les unes des autres, séparées par des intervalles de peau saine..., encore très caractéristiques. Au centre... on trouve assez souvent une *croûte* principale plus volumineuse et plus étendue que celle des éléments périphériques qui paraissent être des satellites.

Les boutons agglomérés ne sont pas plus douloureux que le bouton simple; c'est à peine s'ils sont le siège d'une démangeaison légère. — A. LAVERAN, *loc. cit.*, p. 178.

Si les lésions ne sont pas réprimées par le traitement, ou ne s'éteignent pas spontanément, la maladie s'installe, le processus pathologique s'étale en surface et en profondeur, et l'on observe: *a)* la germination périphérique, *b)* les croûtes, *c)* la végétation papilliforme du réseau et la nécrobiose du chorion, *d)* les cicatrices.

a) Germination périphérique. — Pendant la période d'augment, si l'on examine attentivement à la loupe la périphérie des éléments initiaux dans les points de progrès excentrique, on peut constater que la zone irritative est parsemée de points jaunâtres, saillants ou non, que nous comparons habituellement aux points jaunes que l'on voit par transparence à travers l'épiderme dans la première phase de l'évolution favique. Ces constatations paraissent avoir été faites d'abord dans le Bouton de Delhi par FLEMING. — *Indian med. Gazette*, nov. 1869, *cit.* Fox, p. 242. — Fox les décrit en termes précis: « When matters have advanced thus far, ulceration is imminent, and the surface may be seen to be studded over with deeply seated yellowish white points, which have been regarded as points of suppuration, and owe, but, are in reality altered and inflamed hair and gland sacs »; et FLEMING; « ... during the growth of the tumour, and up to the period when ulceration begins, and when the « boil » is relatively transparent and shiny, the small yellowish or yellowish, white bodies before referred to as present, may be detected with a lens. » Ce sont évidemment les mêmes caractères que Brocq a relevés dans l'observation de « Bouton de Biskra » qu'il a publiée dans les *Annales de Dermatologie*, 2^e série, t. IV, 1883, p. 529: « Autour de l'ulcération centrale, et rangés en cercles concentriques, se voient nettement par transparence, au-dessous de l'épiderme, de petits grains jaunes, semblables à des éléments de milium; en un endroit situé vers la partie externe de l'ulcération, à un ou deux millimètres de son bord, l'un d'eux s'est ouvert à l'extérieur et par l'orifice jaunâtre, arrondi d'un mil-

limètre de diamètre qui conduit dans une petite cavité cratériforme, il s'écoule par la pression un peu de sérosité purulente. » Tout cela est important à noter à divers points de vue, et particulièrement pour caractériser la lésion; c'est pour cela que nous l'avons relevé.

b) Les croûtes. — A tous les degrés, la lésion est le siège d'une excrétion fournie en grande partie par la prolifération du réseau et qui forme des croûtes sèches, résistantes, différentes des croûtes typiques de l'impétigo dont elles n'ont pas la fragilité, de celles du lupus qui sont beaucoup moins épaisses et qui ne se stratifient pas en couches aussi multipliées. Mais accessoirement, accidentellement, sous l'action du pus, du sang, des corps étrangers venus du dehors, des applications de tout genre, on peut observer toutes les variétés de nuances et de colorations, et là il n'y a rien de pathognomonique. Aussi longtemps que dure le progrès de la lésion cutanée, la croûte varie d'épaisseur, de consistance, de couleur, est quelquefois soulevée, tombe et est remplacée par une autre. Mais quand la période de cicatrisation spontanée se produit, elle devient plus fixe, plus adhérente par rétraction des parties sous-jacentes.

c) Végétation papilliforme du réseau et nécrobiose du chorion. — En même temps que la lésion progresse, que les parties primitivement atteintes entrent en régression, que l'ulcération se réunit aux ulcères voisines et s'étale dans le chorion, la réparation se prépare déjà par le bourgeonnement du corps muqueux, et la lésion prend, à ce stade, un aspect papillomateux qui lui donne des apparences de verrue, de papillome, de lupus, etc.

La sécrétion, ichoreuse ou purulente, est généralement peu abondante, et tous ces phénomènes, à l'état torpide, presque latent, évoluent pendant des mois — deux à six — sans réaction générale, sans adénolymphites constantes ni importantes, et cheminant vers l'extinction spontanée. C'est exceptionnellement que les ulcérations prennent une allure grave par l'étendue ou la profondeur; la gravité réside surtout, pour les parties découvertes et pour la face, dans la longue durée d'une affection sordide et dans l'éventualité de cicatrices défigurantes.

d) Cicatrices. — Inévitables dans tous les cas où la lésion n'a pas été détruite ou ne s'est pas arrêtée aux premiers stades; reproduisant la forme et l'étendue du bouton, livide, maculeuse, inégalement au-dessous du niveau, se décolorant lentement et s'atténuant à la longue à la manière des cicatrices du lupus et même des syphilides. Quand le bouton a occupé longtemps les paupières, les lèvres, les oreilles, l'extrémité ou les ailes du nez, et s'il y a eu ulcération profonde du chorion, il peut subsister des déformations, des pertes de substances et des retractions vicieuses. BOUQUET, — *loc. cit.*, p. 49, — a recherché des exemples de cicatrice chéloïdienne sans en rencontrer.

Peu de complications aussi, et tout éventuelles, dépendant des conditions individuelles ou du milieu ambiant, et dans lesquelles se trouvent toutes les ulcérations ou les plaies, quelles qu'elles soient: phlébites, adénites, lymphangites, érysipèle, etc.

La durée individuelle du bouton, ou la durée totale des boutons multiples ou multipliés, varient dans des proportions très étendues; il ne faut pas prendre trop à la lettre le terme de « bouton d'un an », qui ne doit être entendu que de la limite extrême de la durée possible.

Dans les contrées où le bouton est endémique, nulle difficulté pour les médecins, ni même pour les gens étrangers à la médecine qui le reconnaissent au premier coup d'œil.

Mais, hors de ces pays, et pour le médecin qui n'a jamais vu le bouton des pays chauds, la difficulté est toujours grande, et l'erreur certaine pour tous ceux qui n'ont pas de notions assez précises de cette affection, pour la faire entrer dans leur analyse clinique et pour diriger l'interrogatoire dans la voie nécessaire. Une fois prévenu de l'existence de cette affection dont les exemples se multiplient avec le développement des entreprises coloniales et des mouvements militaires, il ne lui sera pas difficile d'éliminer l'impetigo, l'ecthyma, le furoncle vulgaire, l'anthrax, les syphilomes pustulocrustacés, les tuberculomes et les papillomes simples, le sycosis en plaques, les folliculites agminées. Le tout est ou d'avoir vu, ou d'être suffisamment en éveil, et de soulever la question dans tous les cas où le diagnostic des lésions susindiquées ne s'imposera pas par des caractères certains.

L'auto-inoculation, l'examen bactériologique, les inoculations aux animaux, peuvent toujours être invoqués dans les cas litigieux.

Les premières atteintes du bouton ne mettent pas l'individu à l'abri d'atteintes nouvelles; il semble cependant qu'il y ait une atténuation dans ces atteintes nouvelles, et que quelques sujets acquièrent l'immunité. Cette constatation a besoin d'être soumise à une nouvelle enquête; elle mérite d'autant mieux l'attention que, seule, elle peut établir sûrement si le bouton endémique est ordinairement, ou quelquefois, une maladie infectant l'économie, ce que rendent vraisemblable, mais ce que n'ont pas encore démontré, les recherches en cours d'exécution. En tout cas, l'infection est bénigne et ne semble jamais avoir donné lieu à des localisations viscérales importantes chez l'homme.

Non seulement le bouton endémique est propre à certaines régions, mais encore, dans les mêmes localités, il se développe inégalement dans les différentes années; il a, en outre, des périodes de floraison, de germination et de sommeil; la floraison commence avec les mois de septembre et d'octobre, la germination dure jusqu'au mois de janvier et de février, après lesquels il ne se produit plus de nouveaux cas. Les termes de « maladie des dattes » ou de boutons de pluie « rain boils » indiquent seulement les périodes climatériques auxquelles les paroxysmes endémiques se produisent. En tout cas, l'élément pathogène est attaché au sol, et l'on peut dire avec TILBURY FOX : « *The boils appear to be of a malarious origin.* » — *Loc. cit.*, p. 248.

Le traitement n'est pas encore fixé; on peut assurément détruire avec le cautère actuel, radicalement, les lésions, mais on ne saurait oublier qu'elles ont leur siège sur les parties découvertes, que leur guérison spontanée est certaine et que le traitement ne doit pas aggraver le résultat à intervenir.

Nous avons sans succès employé l'électropuncture ignée, ne pouvant

donner, sans manquer au principe ci-dessus énoncé, une profondeur nécessaire à l'action destructive. Nous ne mettons pas en doute, cependant, que ce moyen, employé *au début*, ne suffise pour éteindre immédiatement les foyers naissants.

Le fatalisme des Orientaux s'accommode aisément des résultats de la marche curative spontanée s'effectuant sous la croûte protectrice; et VIDAL admet que l'on a peut-être raison de les imiter, à moins qu'on ne se trouve en présence de cas à tendance ulcéreuse peu marquée. Cette résignation, cependant, ne doit être acceptée, et nous ne l'acceptons que comme un pis aller; nous pensons que des tentatives bien dirigées de médication active, à l'aide des procédés très perfectionnés de la méthode antiparasitaire et antiseptique, doivent être instituées à nouveau et poursuivies avec la précision nécessaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

B. DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES.

DERMATOSES CHRONIQUES AVEC CARACTÈRE INFLAMMATOIRE (PROCESSUS-EXUDATIFS, HEBRA)

Signification anatomique et division clinique des processus chroniques caractérisés par des processus inflammatoires. — Dermatoses squameuses.

PSORIASIS

Messieurs, avec l'étude des dermatoses chroniques caractérisées essentiellement par l'inflammation, nous nous trouvons au cœur de la dermatologie proprement dite. Bon nombre des affections dont il a été question jusqu'à présent, notamment les maladies inflammatoires aiguës, rentrent, en raison d'une partie de leurs symptômes, dans le cadre de la pathologie médico-chirurgicale, et vous pouvez les retrouver dans tous les traités classiques. Il n'en est plus de même du groupe de maladies dont nous allons actuellement nous occuper, et qui ne comprend que des affections propres à la peau.

Comme l'indique déjà la dénomination générale de dermatoses exsudatives chroniques, on trouve au fond de toutes ces maladies un trouble de nutrition qui se déroule d'une manière chronique et qu'on peut désigner comme inflammatoire ou exsudatif, puisqu'on ne rencontre dans ces cas que quelques symptômes inflammatoires, mais non leur ensemble complet. De ces phénomènes, on voit prédominer tantôt