

acide borique à 3 p. 100, acide phénique à 1 p. 100. Souvent les solutions hydro-alcooliques au tiers sont préférables; on formulera par exemple :

Alcool à 60°.....	66 grammes.
Eau.....	30 —
Acide borique.....	3 —

Mais il ne faut pas se dissimuler que ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomitante, n'ont aucune action spécifique sur l'agent infectieux; les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Le malade pourra faire lui-même des injections de nitrate d'argent à 4 p. 100, une fois par jour.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau bicarbonatée tiède et de coton hydrophile, puis on pourra cautériser la surface au moyen de la solution suivante :

Alcool à 90°.....	10 grammes.
Acide phénique.....	1 gramme.

(DU CASTEL.)

ou du chlorure de zinc à 1/10° (Berdal), tous les deux jours. Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur des antiseptiques; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus sont traités par des attouchements, de la même manière; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après la défécation, on lave à l'eau boratée et on applique de nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou biquotidiens rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, reparait. La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc.....	1 gramme.
Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Eau distillée.....	Q. S. pour faire une pâte.

On laisse vingt-quatre heures en place.

Les cautérisations par le Paquelin doivent être réservées au cas de phagédénisme, ou à certains chancres rebelles. Lorsque le chancre s'étend sur le type phagédénique, il convient d'endormir le malade, de cautériser le fond, et profondément les bords avec le thermocautère. On fait ensuite des pansements humides (phéniqués 1 p. 100), et au bout de quelques jours on applique de l'iodoforme. L'un de nous (H.) a montré que l'on peut éviter d'en venir à cette

cure radicale en traitant l'ulcération par l'application de la solution au tiers de tartrate ferrico-potassique; pendant les premiers jours, les parties malades sont arrosées toutes les heures, sauf pendant le sommeil, avec cette solution; on les recouvre de compresses de tarlatane imprégnée du même liquide. Ces applications ont l'inconvénient d'être douloureuses pendant les deux ou trois premiers jours; il suffit, pour l'éviter, de faire tomber préalablement sur l'ulcération quelques gouttes d'alcool; elles produisent, après une douleur très passagère, une anesthésie locale qui supprime complètement la douleur provoquée par le tartrate. Au bout de peu de jours, l'irrigation continue par cette solution ne produit plus aucune sensation pénible; l'ulcération perd son caractère phagédénique, et bientôt elle se couvre de bourgeons chancreux qui se cicatrisent.

Lorsque les ganglions inguinaux se tuméfient, on les traite par des applications répétées de teinture d'iode, la compression ouatée. Welander a réussi à faire avorter les bubons à la période de rougeur par des injections de benzoate de mercure à 1 p. 100. Dès qu'il y a fluctuation, il convient d'ouvrir, après stypage. On applique ensuite un pansement phéniqué, ou de la gaze iodoformée. (L.)

ULCÈRE ANNAMITE

Synon. : *Ulcère phagédénique des pays chauds (du Gabon, de la Guyane, de Madagascar).*

Cette maladie, qu'on observe dans toute l'Indo-Chine, peut se rencontrer dans d'autres pays; les ulcères de Madagascar, en particulier, présentent les mêmes symptômes, la même étiologie que l'ulcère annamite (1).

ÉTIOLOGIE. — L'affection se développe surtout chez les débilités, les anémiés, les cachectiques, les paludéens. Elle est contagieuse et semble auto-inoculable.

Le parasite inconnu qui la détermine paraît séjourner dans l'eau, et surtout dans les eaux vaseuses et stagnantes, car l'ulcère atteint avec prédilection les soldats et les travailleurs, qui ont séjourné les jambes nues dans certaines mares, certaines rizières. Toute cautérisation ou ulcération antérieure, les piqûres de moustiques, l'ecthyma, favorisent les inoculations.

SYMPTÔMES. — L'ulcère se développe sur les pieds, les régions malléolaires, les jambes; très rarement, il occupe d'autres régions. L'évolution est d'abord aiguë; rapidement, l'ulcère atteint de larges dimensions; puis, il reste stationnaire pendant une longue période; enfin, il se répare lentement. A l'exemple de Boinet, on peut lui distinguer trois périodes : 1° période de début et de phagédénisme

(1) BOINET, A. D., 1890. — MOTY, S. F. D., 1896. — J. BRAULT, A. D., 1897. — PRADET et LEGRAIN, *Ulcère de Madagascar*, S. F. D., 1896.

aigu; 2^o période d'état et d'ulcération atonique; 3^o période de réparation.

1. **Période aiguë.** — Avec ou sans pustulation initiale, on observe une ulcération, de forme ronde ou ovale, qui s'étend avec la plus grande rapidité, s'accompagnant de rougeur foncée, violacée, et d'œdème périphérique ainsi que de douleurs souvent vives et continues avec exacerbations spontanées. Les bords sont irréguliers, tuméfiés, parfois un peu durs, taillés à pic, décollés sur certains points. Le fond de l'ulcère est d'abord rouge, et sécrète un liquide séreux, mais, rapidement, la suppuration se produit et devient abondante : le fond est alors tapissé d'un détritit sanieux et grisâtre; on y voit des fongosités molles qui saignent avec la plus grande facilité; souvent le pus est mêlé de sang. En général, on ne constate pas de tuméfaction ganglionnaire.

La destruction des bords est continue et rapide. Quelquefois, l'extension se fait par des ulcérations annexes, qui succèdent à des pustules développées au voisinage de l'ulcère principal (Moty). Dans la forme *phagédénique* grave, on constate de larges escarres, molles, filamenteuses, des paquets nécrosés comparables à des bourbillons et englobés dans un exsudat gélatiniforme incessamment mêlé à une abondante sérosité citrine (Boinet). C'est dans cette forme qu'on observe les graves complications dues à l'extension des lésions en profondeur, la nécrose des tendons et des os, la destruction des masses musculaires, la rupture des artères, l'ouverture des articulations.

2. **Période d'état (Période atonique).** — Lorsque la progression de l'ulcère est arrêtée depuis quelque temps, ses caractères se modifient. Il n'existe plus, ni œdème, ni rougeur périphérique étendue; les douleurs ont cessé; les bords sont durs, élevés, taillés à pic ou renversés en dehors; le fond est grisâtre, quelquefois parsemé de bourgeons charnus de couleur rouge. On observe une sécrétion séreuse, abondante, persistante, comparée par Boinet à une solution claire de gomme arabique. La sensibilité des bords est émoussée; l'anesthésie peut même s'étendre à des parties que la maladie a respectées (Boinet); elle est due à une névrite (Moty).

L'ulcère peut rester en cet état pendant plusieurs mois.

Parfois de nouvelles poussées aiguës se produisent.

3. **Période de réparation.** — La cicatrisation est très lente. Les cicatrices, quelquefois de couleur foncée, brune ou noire, sont fragiles, et des ulcérations secondaires se produisent avec facilité (ulcère à répétition).

PRONOSTIC. — Le pronostic est toujours grave, même s'il ne se produit pas de complication profonde, à cause de la durée et des récidives. La mort peut être due à une hémorragie, à une arthrite purulente, à la septicémie, au développement d'un phlegmon diffus.

L'anatomie pathologique et la bactériologie de l'ulcère annamite

sont mal déterminées. La valeur des cocci et des bacilles observés par Boinet n'a pas été confirmée par la plupart des expérimentateurs.

DIAGNOSTIC. — L'ulcère annamite ne se confond pas avec la *pourriture d'hôpital* caractérisée par l'épaisseur de son détritit et son extension rapide en largeur et en profondeur.

Certains auteurs distinguent l'*ulcère de Madagascar* de l'ulcère annamite (Fradet et Legrain).

Le *chancre mou phagédénique* est rare aux membres inférieurs; ses bords sont décollés en totalité; sa profondeur est moindre; les ganglions y sont intéressés.

TRAITEMENT. — Moty recommande, dans les formes bénignes, l'emploi des antiseptiques énergiques, l'iodoforme, le calomel, le sublimé à 1 p. 300. Mais souvent il faudra cautériser les bords et même le fond; l'emploi du thermocautère nous paraît alors supérieur à celui de la curette. Dans les formes à extension profonde, on interviendra avec la plus grande énergie.

A la période atonique, des cautérisations superficielles du fond et des bords pourront rendre des services et hâter la réparation. L'ulcère sera traité ensuite comme un ulcère de jambe ordinaire. (L.)

BOUTON ENDÉMIQUE DES PAYS CHAUDS

Nous adoptons la dénomination proposée par Besnier et Doyon pour cette affection qui a reçu tant de noms différents: *bouton d'Orient, du Sahara, d'Alep, de Bagdad, du Nil, d'Ouargla, clou de Biskra, de Gafsa, de Delhi, etc.*, et qui paraît présenter partout les mêmes caractères essentiels (1).

ÉTILOGIE. — Le bouton endémique s'observe dans toute l'Afrique du Nord, du Maroc à l'Égypte et de la Méditerranée au Soudan; en Asie, on le rencontre dans l'Hindoustan, en Perse, en Arabie.

Il se trouve également dans l'Archipel (Crète, Chypre), et, sans doute, la Grèce (bouton de Delphes). Existe-t-il dans d'autres pays encore? Sans doute, car on l'a signalé dans l'Amérique du Sud; Legrain l'a observé chez un nègre venant du Tchad (2).

« Le bouton endémique, disent Besnier et Doyon, est contagieux à tous degrés, auto-inoculable, inoculable et réinoculable indéfiniment. » Nous croyons la contagion possible, et l'auto-inoculabilité résulte des faits cliniques; mais il est certain que le parasite ne vit pas normalement sur le sol humain. Bien que pouvant occuper toutes les parties du corps, particulièrement les organes génitaux, le bouton endémique respecte presque toujours les régions couvertes et se

(1) BESNIER et DOYON. — RIEHL, *Vierteljahresschrift für Derm.*, 1886. — DUCLAUX et HEYDENREICH, *Arch. phys.*, 1884. — LELOIR et VIDAL.

(2) Pour Gaucher (S. F. D., 1898), l'ulcère gabonnais (crow-crow) est une forme de la même maladie.

développe de préférence sur les membres et la face. Le parasite paraît en général apporté du dehors. Est-ce par l'eau, dans laquelle il existerait normalement? est-ce par les insectes? vient-il même du sol? Nous l'ignorons encore.

Il serait cependant de la plus haute importance de connaître son habitat normal et de déterminer sa biologie, que certains détails de l'évolution révèlent comme assez spéciale.

Le bouton endémique ne se développe que du mois de juillet au mois de janvier, et guérit toujours en moins d'un an.

Il faut signaler ici un fait curieux. Les habitants des pays où sévit la maladie sont atteints dans l'enfance, puis, pendant plusieurs années, ils présentent des lésions qui apparaissent en automne et disparaissent en été. Après un laps de temps indéterminé, on n'observe plus chez eux le bouton d'Orient. S'il n'est pas exact que l'immunité soit conférée, comme le dit Kaposi, par une première atteinte, elle paraîtrait, d'après ce qui précède, s'établir à un moment donné.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE. — L'étude anatomique et microbiologique du bouton des pays chauds n'est pas définitivement fixée. Les descriptions de Riehl, de Poncet, d'Unna ne sont pas concordantes. La valeur des microbes vus, cultivés, inoculés par Duclaux et par Chantemesse, a été contestée à tort ou à raison.

En raison des infections secondaires qui compliquent toujours les lésions fondamentales, nous devons attendre de nouvelles recherches, méthodiquement conduites et faites dans les pays où l'on observe communément la maladie. Il faudrait d'abord, ce qu'on n'a pu faire jusqu'ici, inoculer sur l'homme même le bouton, en partant d'un clou non encore ulcéré, puis étudier l'histologie, à tous les stades, des lésions protégées contre toute infection externe, colorer les microbes dans les coupes, enfin obtenir des cultures au moyen desquelles on pourrait reproduire des lésions identiques et d'une évolution identique à celle du bouton d'Orient, et en présentant tous les caractères objectifs et microscopiques.

La description histologique donnée par Unna peut être condensée de la manière suivante :

Les lésions s'étendent de la superficie jusqu'à l'hypoderme. Elles se composent de foyers formés autour des vaisseaux par des cellules petites, à gros noyau; ce ne sont pas des plasmazellen; la description qu'en donne Unna rappelle celle des lymphocytes, bien que cet auteur déclare qu'il ne s'agit pas de globules blancs. Les vaisseaux lymphatiques sont dilatés, et il existe un œdème intense.

Dans les foyers cellulaires, Unna n'a pas trouvé les cellules épithélioïdes, géantes, multinucléées, ni les masses hyalines encapsulées identiques à celles du rhinosclérome que Riehl avait signalées. Comme celui-ci, Unna a vu des foyers nécrotiques dans les infiltrations cellulaires, et de l'endartérite.

Dans les coupes de toutes les régions, on peut colorer une grande quantité de fibrine; les mastzellen sont assez fréquentes.

Les lésions épidermiques, telles que la disparition partielle de l'épiderme au centre, où l'on ne trouve plus qu'une couche de substance cornée, son développement à la périphérie, la présence de cellules migratrices, la formation d'abcès intra-épidermiques, sont accessoires; elles n'ont rien de spécifique, et nous ignorerons sans doute pendant longtemps celles qui résultent de l'évolution naturelle du bouton, sans complication parasitaire externe.

Riehl avait vu des cocci encapsulés compris dans les cellules épithélioïdes, géantes et multinucléées, qui existaient dans le fait étudié par lui; par malheur, personne n'a réussi à les retrouver, soit que Riehl ait étudié des lésions dénommées à tort bouton d'Orient, soit qu'il ait eu affaire à des lésions authentiques, mais à un stade différent de celui sur lequel ont porté les recherches des autres auteurs.

Duclaux et Heydenreich, ainsi que Chantemesse, ont cultivé un microbe dont voici les caractères :

Il s'agit d'un coccus, se groupant parfois en diplocoques et en zooglées, qui cultive sur les milieux usuels. Il liquéfie la gélatine très lentement et donne, au bout d'une douzaine de jours, des petits grumeaux jaune-orange; sur la gélose, ce sont de petites taches, d'abord blanches, puis de plus en plus orangées; enfin, sur pomme de terre, le développement est rapide, et, dès le début, les colonies ont également une couleur orangée. Ces caractères, et la liquéfaction lente de la gélatine, différencient le coccus de Duclaux et Chantemesse du staphylocoque auquel il ressemble plus qu'à tout autre microbe.

Chantemesse, par l'inoculation cutanée, a amené chez l'homme la formation de nodules, suppurant vers le cinquième jour, s'ouvrant vers le septième et déterminant une ulcération irrégulière. Mais, la guérison au douzième jour, sous la simple influence de pansements antiseptiques, ne permet pas d'identifier les lésions provoquées par Chantemesse, à celles du véritable bouton d'Orient.

Brocq et Veillon ont observé chez un malade la présence d'un streptothrix voisin de celui du mycétome: il paraît possible que leur malade ait été atteint de cette maladie, non du bouton d'Alep.

Auché et Le Dantec, Djeladeddin-Moukhtar ont observé un streptocoque dans des lésions non ouvertes.

SYMPTÔMES. — Chez des malades venant des pays chauds et présentant les premiers symptômes du bouton d'Orient, à leur retour en Europe, on a déterminé à peu près la durée d'incubation: elle est au minimum de dix-huit jours.

Le bouton d'Orient peut se développer consécutivement à des plaies, à des infections superficielles de toute nature; lorsqu'il naît sur la peau saine, il se révèle d'abord par une saillie arrondie, lenti-

culaire, rosée, qui devient de plus en plus dure et croît lentement en volume, en surface et en profondeur.

Au bout d'une à deux semaines, cette saillie se couvre de squames minces, de couleur blanchâtre. Parfois, elles paraissent consécutives à une vésicule éphémère suivie d'une érosion. Les lésions guérissent à cette période chez quelques malades et ne laissent qu'une cicatrice passagère.

En général, des papules semblables à la papule initiale se développent autour d'elle, au nombre de six, huit, dix (Besnier et Doyon) et présentent une évolution exactement semblable. En outre, on voit, à la périphérie, des points jaunâtres ou blanchâtres sous-épidermiques que Brocq compare à du milium, et qui contiennent du pus.

Longtemps, les lésions élémentaires restent distinctes les unes des autres; les dépressions cutanées intermédiaires n'offrent que de l'hyperémie; le tout a une couleur rouge, parfois légèrement violacée.

A un moment donné, les éléments s'exulcèrent individuellement; l'ulcération centrale est toujours plus avancée que les ulcérations périphériques.

Au bout de quelques mois, la masse multinodulaire qui forme le bouton d'Orient se nécrose dans une grande étendue; avec rapidité, l'ulcération débute à la surface, puis gagne les parties profondes.

La forme de l'ulcération est alors circulaire, elliptique ou serpignoneuse; son fond est sanieux et lisse ou souvent papillomateux. Les croûtes sont en général épaisses, très adhérentes. Les bords sont taillés à pic, irréguliers et on y constate des papules dures, des nodules miliaires blanchâtres, non encore ulcérés.

L'ulcération s'accompagne d'une sécrétion assez spéciale, constituée par un liquide citrin, séreux, clair, se coagulant aisément. Ses dimensions peuvent être considérables; on l'a vue atteindre 10 centimètres de diamètre; en général, elle ne dépasse guère 1 à 2 centimètres. Elle reste d'habitude stationnaire. Son extension en surface et en profondeur paraît due à des infections secondaires; on observe alors une véritable suppuration, et des croûtes abondantes, des phénomènes douloureux, mais il ne se forme plus, à la périphérie, de nouvelles lésions élémentaires. Sur les bords, on observe souvent des saillies villeuses, dures, dues à un bourgeonnement papillomateux de l'épiderme, qui peut gagner toute la surface de l'ulcération.

La guérison, nous l'avons dit, est constante et survient en moins d'un an.

La réparation est assez rapide et se fait par le bourgeonnement des bords. La cicatrice, d'abord très irrégulière, offre des saillies épidermiques qui disparaissent plus tard; souvent elle est formée de dépressions juxtaposées; longtemps, elle reste pigmentée; elle finit par se décolorer; elle est indélébile; elle ne devient jamais chéloïdienne (Bouquet).

Le nombre des ulcères peut être considérable: Laveran en a observé une quarantaine chez un seul malade; presque toujours, il en existe de deux à dix; le bouton unique est assez rare.

Des complications assez sérieuses résultent dans quelques cas rares des infections secondaires: ce sont celles que l'on observe d'une manière banale à la suite de plaies ouvertes, telles que des lymphangites, des phlébites, des phlegmons, etc.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est difficile en Europe, à cause de la rareté des faits: il convient de penser au bouton endémique toutes les fois qu'on observe une ulcération anormale chez un malade venant des pays chauds. En Afrique, le diagnostic est porté d'une manière banale, et des cas d'ecthymas ulcéreux, de syphilides, d'ulcérations variées sont qualifiés à tort de bouton d'Orient: c'est là peut-être ce qui a été l'origine des malentendus qui se sont produits relativement à la bactériologie et l'anatomie pathologique de la maladie.

Rappelons que les symptômes essentiels du bouton d'Orient sont: l'évolution en plusieurs mois, l'agglomération de papules qui s'exulcèrent individuellement, l'ulcération étendue de la masse, dans la suite, enfin, l'indolence presque absolue, les croûtes épaisses.

L'ecthyma est une lésion aiguë qui s'auto-inocule à toutes ses périodes; ses croûtes sont minces et la sécrétion purulente y est abondante; son ulcération est douloureuse; sa guérison est rapide par le repos et les soins de propreté.

Le *lupus de la face* a une évolution lente; même si on n'y trouve pas les tubercules caractéristiques, la mollesse des lésions permet à elle seule de les distinguer de celles du bouton d'Orient. Les diverses variétés de tuberculose des membres ont également une marche très lente; leurs ulcérations se distinguent de celles du bouton endémique par les caractères de leurs bords, par l'absence de papules dures... Dans le doute, l'inoculation au cobaye pourrait trancher le diagnostic.

Les ulcérations consécutives aux *syphilides tertiaires* se produisent sur une plus grande profondeur que celles du bouton endémique; dans leurs bords infiltrés, on ne trouve pas de lésions initiales caractéristiques. Il faut reconnaître qu'à la période d'ulcération totale du bouton des pays chauds, les croûtes, l'infection superficielle modifient les symptômes et rendent le diagnostic délicat: il faut alors désinfecter la surface de la plaie, chercher à ramener les lésions à leur état naturel. Parfois, la nature des altérations, en l'absence de commémoratifs précis, ne peut être affirmée que par les effets du traitement.

L'un de nous (H.) a insisté sur les difficultés que peut offrir le diagnostic des cicatrices consécutives à ces boutons avec celles qui succèdent aux syphilides ulcéreuses en groupe: arrondies ou ovales, réunies en groupes irrégulièrement circulaires, elles peuvent être, comme celles des syphilides, légèrement ridées ou comme gau-

frées à leur surface; comme elles, elles sont en partie décolorées, en partie pigmentées en brun; on peut remarquer cependant que leurs bords sont taillés à pic et comme enlevés à l'emporte-pièce, particularité qui appartient aux ulcérations syphilitiques, mais non aux cicatrices qui leur sont consécutives; les antécédents du malade conduisent à la confirmation du diagnostic (1).

Le furoncle, le chancre mou, sont des lésions aiguës qu'on ne peut confondre avec le bouton des pays chauds.

TRAITEMENT. — Moty recommande, au début, l'emploi de pansements de sublimé au millième et aurait réussi de cette manière à arrêter la progression du clou.

La thermo et la galvanocautérisation peuvent être employées à cette période, lorsque l'affection n'atteint pas la figure. A la face, toute intervention radicale déterminerait des cicatrices plus graves que celles du bouton lui-même.

A toute période, il est nécessaire d'emprisonner exactement les régions atteintes par des pansements permanents ou des emplâtres, pour éviter les auto-inoculations.

Si le clou est étendu et si ses ulcérations sont à nu, il faut les panser de préférence avec des poudres d'iodoforme, de salol ou d'aristol, après avoir enlevé les croûtes. S'il se produit des infections secondaires, on appliquera des pansements humides. (L.)

KÉRATOSE FOLLICULAIRE CONTAGIEUSE

Cette éruption, bien étudiée par Brooke (2), est une de celles qui ont été dénommées *acnés cornées*. Elle débute par de petits points noirs qui siègent, de préférence, d'abord aux coudes et au niveau des acromions, puis s'étendent sur le haut des bras et des cuisses pour envahir ultérieurement la plus grande partie de la surface du corps: le visage est relativement peu intéressé; le cuir chevelu reste indemne; la distribution des éléments est symétrique. Bientôt, les points noirs prédominent, et il se produit ainsi des comédons saillants en forme de piquants: ultérieurement, une papule se développe au pourtour de ces comédons et quelques-unes d'entre elles s'enflamment. Cette maladie se transmet par contagion: Brooke en cite plusieurs exemples démonstratifs. Les lésions occupent surtout, mais non exclusivement, les follicules pilo-sébacés; elles consistent essentiellement en une prolifération hyperplastique des cellules épithéliales combinée avec une modification du processus de kératinisation qui leur permet de conserver leur vitalité pendant une période plus longue que d'ordinaire.

Les couches inférieures du stratum granulosum sont attaquées les

(1) HALLOPEAU, *Sur les caractères différentiels des cicatrices consécutives aux boutons des pays chauds et des cicatrices d'origine syphilitique* (S. F. D., 1891).

(2) BROOKE, *Keratosis follicularis contagiosa* (Atlas international, 1892).

premières, non seulement au niveau des follicules sébacés, mais aussi dans les conduits excréteurs des glandes sudoripares et les prolongements interpapillaires de l'épiderme. L'agent pathogène de cette dermatose n'a pu encore être déterminé; on peut la confondre avec les autres formes d'acné cornée décrites par l'un de nous (H.) (article *Acnés*): elle s'en distingue surtout en ce qu'elle présente une évolution, qu'elle s'étend rapidement à la plus grande partie du corps, qu'elle est transmissible par contagion, que ses lésions ne sont pas localisées aux follicules pilo-sébacés, et, enfin, en ce qu'elles disparaissent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

Ce traitement consiste, d'après Brooke, en des frictions avec de la graisse qui a été saponifiée avec de la potasse et additionnée de glycérine.

PERLÈCHE

Syn.: *Bridou*.

La perlèche est une affection contagieuse qui se développe surtout chez les enfants, rarement chez l'adulte, au niveau de la commissure des lèvres, par l'intermédiaire des tasses et des cuillers.

SYMPTOMATOLOGIE. — On constate d'abord un état blanchâtre, opalin, de l'épiderme, qui fait saillie, puis se décolle, et enfin se détache, laissant à nu une partie profonde du corps muqueux rouge et irrité. Ainsi dénudée à sa surface, la peau se fendille et forme des fissures superposées; la plus importante, la plus profonde et la plus longue occupe exactement le pli commissural; elle s'étend en avant et en arrière; au niveau de la muqueuse, on trouve des saillies blanchâtres formées par l'épithélium décollé. Parfois, les fissures deviennent saignantes; parfois, elles se recouvrent de croûtes et présentent une légère inflammation périphérique. L'ingestion des aliments peut provoquer de la douleur.

Les lésions sont bilatérales. Elles n'ont aucune gravité et guérissent spontanément en vingt, trente, quarante jours. La maladie récidive facilement.

Suivant Lemaistre (1), elle est due à un streptocoque qu'il a cultivé et dénommé *plicatilis* et, suivant Raymond, à un staphylocoque.

TRAITEMENT. — Le meilleur traitement consiste dans les badigeonnages de nitrate d'argent à 1 p. 20 (L.). Comme prophylaxie, il importe de laver à l'eau bouillante les ustensiles contaminés.

GANGRÈNES D'ORIGINE INFECTIEUSE

Il résulte de l'étude que nous avons faite de la gangrène cutanée en général qu'un élément infectieux existe constamment dans la genèse de cette altération. Souvent, cette infection est consécutives à la

(1) LEMAISTRE, *Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 1886. — RAYMOND, *A. D.*, 1893.

mortification : il en est ainsi particulièrement dans les gangrènes par oblitération artérielle, dans celles qui résultent d'un décubitus prolongé, d'une tropho-névrose (asphyxie locale), d'une distension par un agent mécanique, physique ou chimique, d'une intoxication. Il n'en est pas de même dans celles qui sont étudiées dans ce chapitre : *l'infection est ici la cause première de la mortification cutanée. Ces gangrènes d'origine infectieuse peuvent elles-mêmes survenir secondairement à d'autres dermatoses ou être primitives.*

I. — GANGRÈNES D'ORIGINE INFECTIEUSE SECONDAIRES

Elles ont été surtout bien étudiées par Hutinel et ses élèves, Charmoy, Hulot et Caillaud ; Barbe en a décrit de nouvelles variétés (1).

C'est consécutivement à une autre dermatose que se développent ces gangrènes secondaires : tantôt, ces dermatoses sont ulcéreuses ou accompagnées d'excoriations, et l'altération cutanée semble offrir une porte ouverte aux agents infectieux qui viennent secondairement provoquer la gangrène : il en est ainsi de l'ecthyma, du zona, de la dermatite bulleuse contagieuse des nouveau-nés, de l'impétigo, de l'eczéma, des tuberculides ulcéreuses, d'après Marfan, des abcès sous-cutanés (2) ; tantôt, la porte d'entrée n'existe pas et il faut admettre une cause interne, microbienne ou vasculaire : il en est ainsi des gangrènes que l'on peut voir compliquer les érythèmes noueux et papuleux, le purpura, les phlycténoses streptococciques, les fièvres éruptives : ces gangrènes secondaires s'observent surtout chez les enfants, et, plus particulièrement, chez ceux qui sont débilités, soit par une maladie antérieure, soit par une alimentation et une hygiène défectueuses. Dans les cas où l'altération primitive n'est pas ulcéreuse, la formation de l'escarre est habituellement précédée par l'apparition d'un soulèvement bulleux.

Ces gangrènes peuvent être superficielles ou intéresser la peau dans toute son épaisseur et même pénétrer dans les parties sous-jacentes, parfois jusqu'au squelette.

Leur développement peut s'accompagner d'une réaction fébrile plus ou moins intense ; parfois, cette fièvre persiste et contribue à provoquer les troubles de la nutrition générale qui aboutissent à une terminaison fatale. De nouvelles poussées gangreneuses peuvent se faire successivement : il en est ainsi particulièrement dans la varicelle (3).

Les caractères de l'escarre et son mode d'élimination sont tels que nous les avons décrits antérieurement.

Le pronostic est grave, surtout dans les cas où la gangrène succède

(1) HUTINEL, *Bull. méd.*, 1889. — CHARMOY, HULOT, CAILLAUD, Thèses de Paris, 1889, 1895, 1896. — BARBE, *France méd.*, 1896.

(2) WALLSCH, *A. F. D.*, 1897.

(3) J. RENAULT, *Traité des maladies de l'enfance*, 1898.

à des poussées multiples de plaques érythémateuses, ecthymateuses ou purpuriques offrant les caractères d'une maladie infectieuse (J. Renault) : la mort survient alors dans la moitié des cas.

Divers agents infectieux ont été trouvés dans ces foyers gangreneux, mais il est impossible de savoir s'il s'agit d'infections secondaires ou d'agents générateurs de la gangrène ; les expériences de reproduction d'escarres par inoculation de leur produit de culture n'ont pas jusqu'ici donné de résultats probants ; nous ne ferons donc que mentionner le microcoque trouvé par Martin de Gimard dans les escarres consécutives au purpura, les staphylocoques observés par Hulot, Meunier, Gastou et Canuet dans les foyers gangreneux, le bacille spécial signalé par Wallsch (1) : selon toute vraisemblance, ces parasites provoquent la mortification des tissus en s'accumulant dans les vaisseaux, en y déterminant des thromboses et y arrêtant ainsi le cours du sang.

II. — GANGRÈNES D'ORIGINE INFECTIEUSE PRIMITIVES

Nous grouperons, sous cette dénomination, des faits qui ont été publiés sous des étiquettes différentes, depuis vingt ans, par O. Simon (2), Eichhoff (3), A. Fournier (4), Demme, Fowler, Welsch, Taurin (5), Hintner (6), Janowsky et Mourek, Rotter, l'un de nous (H.) et Le Damany, Emery et autres. Ils ont tous comme caractéristique une gangrène que l'on ne peut rattacher à nulle autre cause qu'une infection intrinsèque ou extrinsèque. Ils se présentent sous des formes multiples que nous grouperons ainsi qu'il suit :

- | | | |
|------------------------|---|---|
| I. Formes aiguës. | { | Forme érythémato-bulleuse (type O. Simon, Eichhoff, Hutinel). |
| | | Forme foudroyante (type Fournier). |
| II. Formes chroniques. | { | Forme papuleuse (type Hallopeau et Le Damany). |
| | | Forme pustuleuse (type Rotter). |

Nous décrirons successivement ces différentes formes en indiquant les raisons qui conduisent à les considérer, soit avec certitude, soit avec une grande vraisemblance, comme étant d'origine primitivement infectieuse.

I. — Formes aiguës.

1° **Forme érythémato-bulleuse.** — Elle a été observée, en premier lieu, par O. Simon, puis par Eichhoff, Hutinel (7), Hintner, Demme. Elle ressemble, au début, aux érythèmes polymorphes, et l'on peut se

(1) HUTINEL, *Bull. méd.*, 1889, et Thèses de CHARMOY, de CAILLAUD.

(2) O. SIMON, *A. f. D.*, 1879.

(3) EICHHOFF, *Ibid.*, 1886.

(4) A. FOURNIER, *Sem. méd.*, 1883.

(5) TAURIN, Thèse de Paris, 1891.

(6) HINTNER, *A. f. D.*, 1897.

demander s'il ne s'agit pas d'une dermatose semblable, compliquée de gangrène.

Des observations de Demme montrent qu'il n'en est pas ainsi; cet auteur a vu en effet ces éruptions, bientôt suivies de gangrène, se produire successivement chez trois enfants d'une même famille; il y a trouvé et cultivé un microbe spécial dont il a établi expérimentalement le rôle pathogénique: il s'agit d'un bacille recueilli dans les nodosités et les vésicules de ces érythèmes gangreneux; inoculé à un cobaye, il a déterminé des bulles suivies elles-mêmes de gangrènes dans lesquelles on a trouvé le même bâtonnet (1).

Cette forme s'observe surtout chez les enfants: l'éruption initiale est précédée d'une fièvre plus ou moins intense avec frissons réitérés, céphalalgie, malaise général, état saburral de la langue; elle consiste en des plaques érythémateuses, en nappes ou en nodosités, qui peuvent s'accompagner d'hémorragies ou de productions bulleuses; d'autres fois, les lésions initiales sont celles de l'érythème. Très rapidement, le tissu se sphacèle et il se forme ainsi des escarres qui, ultérieurement, s'éliminent suivant le mode habituel, et laissent des ulcérations plus ou moins lentes à se cicatriser. Ces escarres sont généralement, en pareils cas, de petites dimensions et peu profondes; elles n'ont pas tendance à s'étendre. Il peut se produire successivement plusieurs poussées éruptives semblables, de telle sorte que, suivant la remarque de J. Renault, on peut observer simultanément des érythèmes, des phlyctènes, du pus pur et des gangrènes. La fièvre peut persister, s'accompagner de phénomènes d'adynamie, de sécheresse de la langue; on voit souvent alors survenir, en peu de jours, une terminaison fatale: il en est ainsi, d'après J. Renault, dans la moitié des cas.

2° **Forme foudroyante** (type A. Fournier). — Une autre gangrène, dont la nature infectieuse peut être considérée comme certaine, est celle qu'a décrite A. Fournier sous le nom de *gangrène spontanée de la verge* (2). Cette affection a été, depuis lors, étudiée par Bonnière de la Luzellerie, Oltramare, Troisfontaines, Taurin, Émery (3). Elle est d'habitude précédée par des éruptions pustuleuses très localisées et sans importance apparente; le contenu de ces éléments est inoculé par le grattage au prépuce: soudainement alors, sans autre cause appréciable, cette membrane, ainsi que la muqueuse du gland et parfois tout le fourreau de la verge, deviennent le siège d'une énorme tuméfaction; les parties atteintes prennent une couleur d'un rouge foncé sur laquelle se détachent les macules des pustulettes initiales: on peut alors sentir parfois les lymphatiques indurés;

(1) DEMME, *Fortschrift der Med.*, 1887. — J. RENAULT, *Traité des maladies de l'enfance*, 1898.

(2) A. FOURNIER, *Gangrène rapide de la verge* (*Sem. méd.*, 1883).

(3) OLTRAMARE, *A. D.*, 1888. — TROISFONTAINES, *Soc. méd. chir. de Liège*, 1885. — TAURIN, Thèse de Paris, 1891. — ÉMERY, Thèse de Paris, 1896.

bientôt la couleur devient plus sombre; puis, il se produit des taches, le plus souvent noires, parfois jaunâtres, comme le sont des bananes bien mûres, suivant la comparaison de Leloir: l'épiderme s'en détache; la sensibilité y disparaît dans ses divers modes; parfois, il persiste, dans la masse érysipélateuse et gangreneuse, quelques intervalles de peau saine; Emery a signalé, comme complications, du purpura et de véritables érysipèles; l'état général peut s'altérer gravement, la température s'élever, la langue devenir sèche et fuligineuse, mais cette réaction générale est loin d'être constante: dans plusieurs cas, la maladie s'est terminée par la mort.

Les escarres se détachent rapidement et laissent à nu une surface ulcérée plus ou moins large; ses bords sont taillés à pic, ses contours sinueux; son fond, irrégulier, est recouvert d'une nappe de pus. Dans un fait de A. Fournier, l'extrémité ainsi ulcérée du prépuce formait autour du gland comme un anneau. Les altérations peuvent s'étendre au scrotum.

Les cicatrices consécutives à la cicatrisation de ces ulcérations sont profondes, à surface irrégulière; elles établissent des adhérences anormales. Parfois, le gland se trouve en grande partie dépourvu de sa muqueuse.

À la période ulcéreuse, la maladie peut être confondue avec un chancre phagédénique ou une gomme ulcérée; dans les cas douteux, l'hypothèse d'un chancre phagédénique est éliminée par l'insuccès des inoculations et l'absence du bacille de Ducrey et, d'autre part, le défaut d'induration et la diffusion des lésions indiquent qu'il ne s'agit pas d'une gomme. Des microorganismes spéciaux ont été décrits dans ces tissus sphacelés par Duclaux, Leloir et Sabouraud. On ne peut affirmer encore qu'aucun d'eux soit bien réellement le microbe générateur de cette maladie; néanmoins, le début de l'affection par des pustulettes, la présence, dans une partie des cas, d'éléments semblables en une autre partie de la surface cutanée, l'absence, chez les sujets frappés, d'aucune tare constitutionnelle et d'aucune maladie locale permettent, dès à présent, de dire qu'il s'agit là d'une *gangrène primitivement infectieuse*.

II. — Formes chroniques.

1° **Forme primitivement papuleuse** (type Hallopeau et Le Damany) (1). — Cette forme, à laquelle on peut rattacher un des faits publiés par Janowsky et Mourek (2), est caractérisée par le développement de boutons rouges au centre desquels il se forme, après décollement de l'épiderme, une croûte jaunâtre; une ulcération

(1) HALLOPEAU et LE DAMANY, *Sur un cas d'altérations nécrosiques et gangreneuses de l'extrémité céphalique*, *A. D.*, 1894, p. 1264 et 1349, et 1895, p. 213 et 292.

(2) JANOWSKY et MOUREK, *Zur Lehre von der multiple Hautgangrène* (*A. f. D.*, 1896).