ainsi plusieurs guérisons définitives, constatées à longue échéance. Mais les conditions où ce traitement est applicable sont rares et presque toujours les placards sont trop étendus pour qu'on puisse agir ainsi. On a alors conseillé, surtout aux membres, d'enlever le mal et de combler la plaie avec des greffes dermo-épidermiques de Thiersch. C'est un moyen qui donne des succès, mais qui, malgré ses apparences radicales, ne met pas à l'abri de la récidive.

Après cicatrisation, le lupus ulcéreux laisse des difformités cicatricielles, des ectropions, des atrésies, des destructions, auxquels s'adressent les divers procédés de la chirurgie plastique. Je n'ai pas à décrire ici ces procédés : je dirai seulement que, dans le cas particulier, leur application est toujours difficile et aléatoire, car on a presque toujours des tissus durs, épaissis, ou bien cicatriciels et dans lesquels le processus tuberculeux n'est que rarement tout à fait éteint.

Dans le lupus érythémateux, l'action du traitement chirurgical est médiocre. Pourtant Vidal affirme les bons effets des scarifications sur le lupus acnéique, à condition d'inciser profondément. Pour le lupus érythémateux franc, le succès est plus aléatoire encore. La cautérisation interstitielle, elle aussi, est assez iufidèle. Aussi est-ce dans cette forme surtout que l'on a tenté les applications locales d'acide acétique, de liqueur de Van Swieten, etc. Malgré tous ces essais, le lupus érythémateux est resté une affection très rebelle.

III

GOMMES SCROFULEUSES

Les gommes scrofuleuses — scrofulo-tuberculeuses, dit Besnier, pour que leur nom éveille l'idée de leur nature — sont une forme de tuberculose de la peau, de cette tuberculose atténuée qui, d'après les recherches d'Arloing, constitue les lésions proprement scrofuleuses. Ce qui les caractérise, c'est l'évolution vers la caséification, vers la formation d'un abcès froid. C'est la différence qu'il a avec le lupus, qui, lui aussi, est un scrofulo-tuberculome, mais évolue vers l'ulcération ou la sclérose, et non vers l'abcès froid. Les gommes scrofuleuses dermiques et hypodermiques doivent seules être envisagées ici, et je me limiterai à l'étude clinique, car des considérations historiques, étiologiques ou anatomiques feraient double emploi avec les chapitres consacrés aux abcès froids, à la tuberculose ostéo-articulaire, à la tuberculose ganglionnaire.

Les *gommes scrofuleuses dermiques*, nées dans le chorion, ont été décrites avec grand soin par Besnier dans son excellent article Gomme du *Dictionnaire encyclopédique* (1883).

Le début est caractérisé par « de petites infiltrations ou nodosités tuberculeuses correspondant à une tache rouge livide de la peau; indolentes, mais non indolores, et relativement aphlegmasiques. Plus ou moins rapidement, en quelques semaines ou en quelques mois, elles s'élèvent, s'étalent, s'étendent parfois en diverses directions, souvent selon une ligne à peu près droite; cheminent de la profondeur du derme vers sa superficie en se ramollissant sur un point ou sur plusieurs points à la fois, ou successivement; puis se perforent au centre du foyer de régression, constituant, dès ce moment, des cavités, des

culs-de-sac à fond plus large que l'orifice, à voûte constituée par la plus grande partie du derme altéré (décollements, clapiers, trajets fistuleux), véritables cavernes dermiques. » Par ces orifices sort d'abord un magma caséeux, puis un pus séreux s'écoule. Des foyers voisins se fusionnent; les lambeaux de peau décollés se recroquevillent, « forment des sortes de festons irréguliers qui ne peuvent être séparés que par l'excision et le raclage. Ou bien les ponts intermédiaires se fondent sous le processus ulcéreux, et de là des ulcérations blafardes, saignantes, croûteuses, serpigineuses, bien décrites depuis longtemps par Delpech. »

L'évolution est quelquefois rapide, analogue à celle du lupus vorax. Mais Bazin exagère la fréquence de cette forme maligne, où fondent à vue d'œil, avec des phénomènes inflammatoires, les tissus atteints d'une infiltration diffuse. La plupart du temps, la marche est lente, très lente même.

En tout cas, une fois l'ulcération constituée, c'est par semaines et par mois que se chiffre la maladie, et l'on voit persister, rebelles, les ulcères à bords décollés, violacés. Puis la cicatrisation commence, mais souvent pour rester incomplète, avec de-ci de-là un décollement, une fistule. De temps à autre le foyer se rallume, dans la saison froide surtout, et certains sujets subissent ces poussées une ou deux fois l'an, avec une sorte de régularité.

Cette description de Besnier s'applique à peu près exclusivement aux lésions cutanées, observées surtout au cou, à la région massétérine, qui compliquent les adénopathies cervicales tuberculeuses devenues fistuleuses. Il y a en effet des cas où la lésion ganglionnaire s'efface, pour ainsi dire, devant ses conséquences dermiques; mais la thérapeutique ne sera efficace que si on la dirige à la fois contre la tuberculose ganglionnaire et contre la lésion de la peau. Ce point de diagnostic, qu'on établit par la palpation, est donc de haute importance.

A côté de ces gommes, une mention est due à celles qui se forment souvent, principalement aux membres et au tronc, chez les jeunes enfants. Avant de rien voir, on sent au palper sous la peau un petit nodule dur, qui peu à peu grossit et enfin envahit le derme, devient violacé, fluctuant, gros comme une noisette, parfois comme une noix. A une période quelconque de son évolution, ce nodule est susceptible de régression, ou bien après suppuration il s'ouvre au dehors. Mais dans un cas comme dans l'autre, lorsqu'une fois le derme a été atteint, une cicatrice blanche et punctiforme, qui pendant longtemps repose sur une petite induration, marque la trace indélébile du mal.

Le *diagnostic* de la première forme n'offre qu'une difficulté : reconnaître la scrofule de la syphilis. A la période de crudité, on n'aura souvent pour se guider que les commémoratifs, l'état général, les lésions concomitantes. A la période d'ulcération, les pertes de substance de la syphilis ont des bords à pic et non décollés, pigmentés ou jambonnés et non livides, violacés. A la période de cicatrisation, les cicatrices dans les deux cas ont des bords polycycliques, mais celles de la scrofule sont longtemps livides, vasculaires, souvent épaisses, vicieuses, et non blanches avec un liséré pigmenté, minces et souples comme celles de la syphilis. Mais il faut s'attendre à des cas où l'examen objectif pur sera en défaut, et où, en l'absence d'autres manifestations antérieures ou concomitantes, on n'aura pour guide que l'action du traitement « pierre de touche ».

Lorsqu'elles sont nombreuses — et parfois elles forment une sorte d'éruption — les gommes suppurées des nouveau-nés peuvent en imposer pour la syphilis

héréditaire. Le fait est rare, cependant. Mais l'erreur est facile avec certains abcès presque froids, à staphylocoques, que l'on observe chez les nourrissons dyspeptiques ou chez les jeunes enfants convalescents de fièvres éruptives, de rougeole surtout. L'allure est toutefois moins torpide, on est guidé par les commémoratifs, et enfin, en cas de doute, il est aisé d'analyser bactériologiquement le pus.

Le *traitement général* est très important. Il n'a rien de spécial.

Le *traitement local* est celui des abcès froids. Dans la forme diffuse, après excision des bords décollés, après raclage des surfaces fongueuses, on fait des badigeonnages, des injections à la teinture d'iode, des cautérisations énergiques au nitrate d'argent. J'ai vu mon maître Lailler obtenir de très bons résultats par l'introduction dans les clapiers de flèches de pâte de Canquoin. Pendant douze à quinze heures, la douleur est très vive et il est bon de donner au malade, pour la nuit, une potion au chloral. Puis la souffrance se calme, devient nulle. Une eschare blanche se forme autour du caustique. Elle tombe au bout de huit à dix jours et laisse voir une surface franchement granuleuse dont la cicatrisation est ordinairement prompte. La guérison par cette méthode est certainement plus lente que par le raclage, mais elle est plus durable; car après le raclage on voit souvent apparaître de petits foyers de récidive. S'il y a des ganglions fistuleux sous-jacents, il faut les extirper.

Les gommes isolées de l'enfant en bas âge doivent presque toujours être respectées, même lorsqu'elles se ramollissent : souvent le liquide se résorbe, ou il s'évacue spontanément par un fin pertuis et la lésion guérit. S'il se fait un abcès de quelque importance, on le traite par l'incision et le raclage ou mieux, toutes les fois que c'est possible, par l'excision suivie de suture.

CHAPITRE IV

PARASITES MICROBIENS DIVERS

I

BOUTON D'ORIENT

On appelle *bouton d'Orient* une lésion cutanée ulcéreuse, produite par un micro-organisme spécial, et observée dans les pays chauds, en Orient surtout, où elle est désiguée par des appellations populaires diverses : *bouton d'un an*, en raison de sa durée; *maladie des dattes*, disent les Arabes; et c'est, pour les Égyptiens, l'*herpès du Nil* ou le *gros ulcère*.

Les premières notions quasi scientifiques que nous ayons eues sur ce sujet sont dues à des voyageurs, à Russel en 1756, à Volney en 1787 sur le *bouton d'Alep*. L'étude médicale commence en 1829, avec Alibert, à propos d'un malade observé à Paris; et la même année un élève d'Alibert allait à Alep examiner sur place cette dermatose, dont il s'occupait en 1833 dans sa thèse inaugurale.

Peu après, les médecins du corps expéditionnaire d'Algérie nous firent connaître un *bouton de Biskra*, spécial, pensaient-ils, à cette région, et dans sa thèse, en 1847, Poggioli établit un diagnostic différentiel entre le bouton de Biskra et le bouton d'Alep. A cette époque il y avait, outre ces travaux français, des descriptions anglaises de lésions analogues observées en Asie; à ces boutons de Delhi, de Bombay, on ajoutait ceux du Nil, du Caire, des Zibans, etc. Plus récemment les Russes ont observé dans le Turkestan, dans l'Afghanistan, la maladie des Sarthes et l'ulcère de Pendjeh. Enfin, le bouton d'Orient existerait en Colombie. Villemin est un des premiers, en 1854, à avoir réuni toutes ces variétés sous le nom unique de *bouton d'Orient*, et peu à peu les médecins ayant observé successivement dans les diverses régions qui viennent d'être nommées ont affirmé l'identité de ces ulcères, qu'on avait d'abord crus spéciaux à chaque pays. Ce fut là l'œuvre de Bertherand, Alix, Armand, Barallier, Hamel, pour ne citer que les Français, tandis que les Anglais arrivaient à la même conclusion. Cette identité, il est vrai, est un peu mise en doute par Poncet (de Cluny); mais, malgré cette note discordante, l'accord est à peu près parfait et la bactériologie a prouvé que c'est à bon droit.

Des observations ont été recueillies en Europe, dans ces dernières années surtout, mais toujours sur des sujets venus d'Orient. A l'hôpital Saint-Louis, elles sont dues à Brocq, Fournier, Vidal; au camp de Sathonay, Boinet et Deperet ont vu le clou de Gafsa; en 1886, Riehl a examiné un malade à Vienne; Chantemesse a entrepris des recherches bactériologiques sur un de nos confrères, arrivant du Caire.

Barallier, art. Bouton d'Alep du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1866. — Le Roy de Méricourt, art. Bouton d'Alep du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1869. — Vandyke Carter, Note on the Delhi Boil. *Med. chir. Transactions*, 1877, t. LX, p. 265. — E. Geber, Erfahrungen aus meiner Orientreise. *Viertelj. f. Dermat.*, 1874, p. 445. — A. Laveran, Contribution à l'état du bouton de Biskra. *Ann. de dermat.*, 1880, p. 173. — Duclaux, Étude d'un microbe rencontré sur un malade atteint de clou de Biskra. *Ann. de dermat.*, 1884, p. 377. — Duclaux et Heydenreich, *Arch. de phys.*, 1884, t. II, p. 106. — Riehl, Zur Anat. und Ætiologie der Orientbeule. *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.* 1886, p. 805. — L. Thomas, L'ulcère de Pendjé. *Gaz. hebd.*, 1886, p. 355. — Hickmann, Delhi Boil. *The Practitioner*, 1886, t. XXXVI, p. 18. — Bouquet, Du clou de Biskra. Thèse de Paris, 1886-1887, n° 227. — Chantemesse, Note sur le bouton du Nil. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 567, et *Ann. de l'Inst. Past.*, t. I, p. 476. — Poncet (de Cluny), Note sur le clou de Gafsa. *Ibidem*, p. 518, et *Bull. de la Soc. de biol.*, 1887, p. 585. — Rietsch, Les ulcères de l'Yémen. *Congrès des Soc. Sav.*, 1889, d'après *Gaz. hebd.*, p. 402. — Moty, Remarques sur l'évolution, la pathogénie et le trait. du clou de Biskra. *Ann. de dermatol.*, 1893, p. 371.

Étiologie. — Il est démontré aujourd'hui qu'un microbe est la cause efficiente. On ne peut cependant pas dénier toute influence aux causes qui naguère encore étaient seules invoquées. Non point qu'il faille ressusciter l'action des *ingesta*, qu'il s'agisse des dattes ou de l'eau. Mais il semble bien, affirme Moty, que dans tous les pays infestés existe le dattier. D'autre part, il est certain que la *saison* a de l'importance. La plupart des cas débutent de septembre à décembre; passé janvier, ils sont rares, et presque tous sont guéris en mars ou avril. Puis l'endémie, plus ou moins forte suivant les années, se calme jusqu'à l'automne. Elle est parfois très intense, et, sur un bataillon de 375 hommes, à Biskra, Weber a constaté la lésion sur plus de 30 pour 100 de l'effectif.

La *contagion* joue un rôle mis en relief par Weber, Laveran, Boinet et Depéret. Il y a longtemps déjà que Desgenettes avait, sans succès, tenté des *inoculations* à Alep. Mais plus tard Villemin avait obtenu des résultats positifs, confirmés par Weber, Boinet et Depéret, Chantemesse, Moty, etc.