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.

L'inoculation relève, en clinique, de causes variées. En temps d'endémie, toute plaie tend à dégénérer, et Laveran insiste sur le rôle des vésicatoires, des érosions traumatiques diverses, de la vaccination, des pustules d'acné, d'impétigo. Les piqûres de cousin propagent aussi le mal, d'autant plus qu'elles entraînent des lésions concomitantes de grattage.

Cette étiologie explique pourquoi l'âge, le sexe, la nationalité ne comptent guère; cependant, au dire de Castaing, les nègres seraient relativement épargnés.

Cette notion de l'inoculation directe rend compte du *siège de prédilection* sur les parties découvertes. D'après les relevés de Villemin, Weber, Boinet, en première ligne viennent les mains et les avant-bras, les pieds et les jambes; puis la face et le cou. Les autres localisations sont rares.

Il est un autre caractère, enfin, qui cadre bien avec ce que nous savons aujourd'hui des maladies infectieuses : sur un sujet une fois guéri, la *récidive* serait rare, et, quand elle se manifeste, elle serait plus bénigne que l'atteinte première. Le mal aurait une évolution plus rapide, et on appelle à Alep « bouton neutre » une affection qui serait, d'après Villemin, une récidive atténuée.

La *bactériologie* n'a d'ailleurs pas tardé à découvrir l'agent contagieux. Vandyke Carter (1877), Weber ont d'abord parlé de spores. Puis Laveran a vu de nombreux microbes dans le pus. Il n'en a, il est vrai, isolé aucun. Boinet et Depéret ont cru, un peu plus tard, avoir cultivé l'organisme spécifique : mais Chantemesse ne souscrit pas à leurs expériences quelque peu contradictoires. Les résultats obtenus par Duclaux et Heydenreich en 1884 semblent plus probants et ils ont été confirmés par Chantemesse en majeure partie. Ce dernier auteur n'a cependant pas trouvé le microbe dans le sang, malgré l'assertion de ses deux prédécesseurs. On peut, jusqu'à nouvel ordre, faire abstraction du bacille signalé par Poncet (de Cluny), du microcoque capsulé vu par Riehl, et admettre que le microbe pathogène est un microcoque qui ressemble un peu au *Staphylococcus pyogenes aureus*, mais en diffère toutefois par des propriétés de culture essentielles. En inoculant cette culture, on obtient un bouton caractéristique, dont le pus est fertile. Ce microbe est remarquable par l'atténuation rapide, avec le temps, de la virulence des cultures, virulence appréciée par les accidents généraux, souvent mortels, que détermine l'injection intra-veineuse. Il est à noter cependant que, dans un travail récent, Auché et Le Dantec [1] décrivent un microbe qui ressemblerait à un streptocoque. Peut-être faut-il tenir compte du polymorphisme de ce micro-organisme.

Tels sont les faits prouvés qui nous permettent de n'attribuer à certaines hypothèses — à la nature syphilitique du mal par exemple — qu'un intérêt purement historique, pas plus qu'il n'est de mise de se demander encore si c'est ou non un impétigo (Duteuil) ou un ecthyma (Seriziat).

Lorsque le parasite n'est pas inoculé à la faveur d'une excoriation accidentelle, il est probable qu'il pénètre par les orifices glandulaires et engendre une folliculite, puis une périfolliculite spécifique, lésion constatée au microscope, autour des glandes sudoripares surtout, par Kelsch, Laveran; autour des appareils pilo-sébacés par Riehl.

***Symptômes***. — Il faut décrire : 1° l'élément du début; 2° l'ulcère; 3° la cicatrice.

[1] Auché et Le Dantec, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1894, p. 468.





1° *Période papulo-tuberculeuse*. — On voit d'abord une petite élevure conique, grosse comme une tête d'épingle, ressemblant assez à un début d'acné (et comme elle embrochée d'un poil dans les cas non traumatiques), mais évoluant bien moins vite et ne devenant pas pustuleuse en quelques jours. L'élément peut s'arrêter à cette période, puis se résorber après avoir duré deux ou trois mois. Mais, à l'ordinaire, le rose devient plus vif, se tache au centre d'un point grisâtre, puis d'une croûtelle jaunâtre que prolonge, sur la circonférence, une collerette épidermique. La papule initiale ne dépasse pas le volume d'une lentille, mais elle reste rarement isolée, et par la confluence de ces éléments se constituent des tubercules conglomérés où de simples élevures rugueuses rappellent la dissociation primordiale. Cette plaque atteint de 1 à 2 centimètres de diamètre, rarement plus; mais quelquefois elle acquiert 5 ou 6 centimètres. La rougeur augmente, la surface se couvre de squames sèches, gagnant du centre vers la périphérie, en même temps que sur ce centre ramolli se creusent des ulcérations. Autour, sur la peau rouge, épaissie, peuvent se développer de nouvelles papules.

Le prurit, d'abord assez vif, cesse, puis fait place à une douleur à la pression.

2° *Ulcération*. — Si l'on enlève la croûtelle centrale, l'*ulcération élémentaire* apparaît, plus profonde que large, grande comme une tête d'épingle ou comme une lentille. Sauf inflammation, sa base n'est ni rouge ni indurée. Sur une plaque, plusieurs petits godets se creusent, puis deviennent confluents et une grande ulcération se forme, montrant volontiers par ses contours polycycliques qu'elle se souvient de cette origine.

Sur la surface ulcérée, une *croûte* est enchâssée par une peau seulement un peu rouge, croûte moins jaune que celle de l'impétigo, moins verdâtre que celle des syphilides, épaisse parfois de 1 centimètre, quelquefois saillante, feuilletée en écaille d'huître et pouvant alors en imposer pour un rupia. Elle adhère à l'ulcération et saigne un peu quand on la détache. Abandonnée à elle-même, elle reste presque toujours en place pendant toute l'évolution du mal.

Sous cette croûte est l'*ulcération*, large de 1 à 4 centimètres. Ses bords à pic sont peu saillants, son fond est rosé, lisse, sécrète une humeur citrine, peu abondante, très concrescible. Lorsque la concrétion est purulente et fétide, la croûte tombe à plusieurs reprises et se reproduit humide. Ailleurs enfin, le fond végète et des masses papillomateuses détachent la croûte en la brisant.

Le plus souvent des tubercules, à divers stades, évoluent autour de l'ulcération, de plus en plus égrenés à mesure qu'on s'éloigne plus du centre. Par leur coalescence, l'ulcère peut s'agrandir peu à peu.

A cette période, la lésion non compliquée est indolente, sauf quand, siégeant au niveau d'un pli articulaire, elle est soumise à des tiraillements incessants. L'engorgement des ganglions correspondants est fréquent.

3° *Cicatrice*. — Le bouton et l'ulcère durent de cinq à six mois, quelquefois plus, puis la croûte tombe et la cicatrice apparaît, indélébile, d'abord rose, puis blanche, criblée de dépressions, vestiges des ulcérations élémentaires.

Si la cicatrisation a été sous-cutanée, la marque est légère, arrondie, et le tissu en est souple. L'analogie avec les cicatrices syphilitiques est considérable. Mais si la croûte est tombée trop tôt, si les parties ont été enflammées, la cicatrisation est lente et, une fois qu'elle est achevée, la cicatrice irrégulière, lente à se décolorer, étendue, peut gêner par sa rétraction le jeu du nez, des lèvres,

des paupières, que de plus elle défigure à jamais. Hickmann parle même de nécrose des os sous-jacents, des cartilages du nez.

***Évolution. — Pronostic.*** — Le *nombre* des lésions est des plus variables. Les boutons sont le plus souvent multiples, mais les chiffres de 20, 30, 40, signalés par Laveran sont rares. Les éléments coexistants ne sont pas simultanés; on les voit les uns à côté des autres, aux divers stades, aux divers états mentionnés à chacun de ces stades.

On s'est demandé quelle était la durée de la période d'incubation. Pour les boutons inoculés, elle est le plus souvent de trois jours, mais en clinique il n'en est pas ainsi : on a vu des sujets, revenant d'un lieu infesté, être atteints pour a première fois plusieurs semaines après leur retour, dans des faits de Goly-Bruilat, de Guilhou. Mais il faut alors prendre garde que l'inoculation peut provenir de vêtements souillés.

La durée moyenne est de six à sept mois. Les boutons inoculés expérimentalement ont une durée bien moindre que les boutons spontanés, ce qui tient peut-être à ce qu'on les traite dès le début avec attention. Sur le malade soigné par Vidal, l'évolution fut en effet celle des boutons artificiels et, au dire de Lubelski, l'ulcère de Pendjeh guérirait en moyenne en un mois.

Il n'est donc pas sûr que, comme on l'a dit, la maladie soit rebelle à la thérapeutique. Le pronostic doit pourtant être réservé, moins à cause de la durée du mal qu'en raison des *complications*, qui sont celles de toutes les plaies : lymphangites, érysipèles, adénites, phlegmons, abcès de voisinage (Boinet et Depéret), phlébite. Ces accidents sont quelquefois graves, et Weber a même enregistré un cas de mort par phlébite suppurée.

***Diagnostic.*** — J'ai énuméré, chemin faisant, quelques-unes des lésions auxquelles ressemble le bouton d'Orient. J'y ajouterai, pour la période non ulcéreuse, le *furoncle*, l'*anthrax*, les *périfolliculites agminées*; pour la période ulcéreuse, l'*ecthyma*, le *chancre mou*, le *lupus tuberculeux ulcéré*, l'*impétigo* et l'*épithélioma cutané*. Enfin, et surtout, la *syphilis* à toutes ses périodes,

Si l'on se fondait sur le seul examen objectif d'un seul élément morbide, le diagnostic serait souvent à peu près impossible, principalement avec la syphilis, même si les commémoratifs spécifiques étaient nuls. On n'hésitera pas si l'on observe dans un foyer d'endémie. Même dans nos pays, les erreurs de diagnostic seront exceptionnelles si l'on tient compte du siège et de la dissémination des lésions, de leur auto-inoculabilité indéfinie, de leur évolution, et surtout si l'on établit que le malade vient d'un pays où la maladie est endémique, ou qu'il a été en contact avec un sujet contaminé.

***Traitement.*** — Les indigènes des pays infestés respectent avec soin la croûte; si elle tombe, ils en favorisent la reproduction en saupoudrant la plaie avec du henné. Sur l'ulcération, les topiques populaires sont le jus de citron, le suc de prunellier, etc.

Les médecins, à leur tour, ont essayé de substances diverses. Weber, croyant à la nature parasitaire, a été un des premiers à affirmer que le problème consistait à trouver un parasiticide. On a mieux à faire, en effet, que de laisser évoluer le bouton pendant plusieurs mois. Il faut faire tomber les croûtes sous des pansements humides, puis on applique des pansements secs. Des succès rapides





ont été obtenus par l'emplâtre de Vigo (Brocq), l'emplâtre de minium et cinabre (E. Vidal), les frictions avec une pommade à l'iodo-chlorure mercureux à 1/40 (L. Bard). Hickmann vante l'iodoforme, la teinture d'iode, le sublimé. On arrive, en somme, à cette notion que tous les antiseptiques sont bons. On réservera aux cas rebelles les cautérisations au fer rouge (Boinet et Depéret, Hickmann) ou à l'acide nitrique (Pollock), cautérisations efficaces, mais douloureuses.

Jadis on a préconisé des traitements internes au mercure, à l'arsenic, à l'iodure de potassium. Ils ne semblent pas avoir leur raison d'être.

## II

## PAPILLOMES

Il est classique de consacrer aux papillomes en général un chapitre dans l'étude des tumeurs. Notre collaborateur Quénu a cru, à bon droit, devoir rompre avec cette coutume surannée. Les papillomes sont en effet des lésions inflammatoires de la peau et des muqueuses, pour les muqueuses externes au moins, seules envisagées ici.

On peut définir d'un mot la structure des papillomes : ils sont formés par une hypertrophie des papilles normales, simples ou composées. Le corps de la papille est constitué de tissu conjonctif plus ou moins avancé en âge et où, au début, l'abondance des éléments embryonnaires met en évidence le rôle de l'inflammation. Dans ce tissu se développent des anses vasculaires dont le calibre et le nombre sont variables. Malgré l'importance du tissu conjonctif dans ces néoformations, on ne peut plus accorder à Virchow qu'il faille les ranger parmi les fibromes [1].

Sur les papilles est un revêtement épithélial, variable suivant la région atteinte. Dans les cas envisagés ici, ces cellules sont toujours pavimenteuses, mais elles subissent ou non l'évolution cornée. De là la division classique en papillomes muqueux et papillomes cornés.

L'étiologie générale des papillomes prouve leur nature inflammatoire. Les papillomes muqueux des organes génitaux externes, du gland et de la vulve, se prêtent particulièrement bien à la démonstration. Les discussions sur leur nature syphilitique sont aujourd'hui closes; il est reconnu que leur cause est une irritation banale, sans contredit microbienne. La plus fréquente est la blennorrhagie jointe à la malpropreté; mais la malpropreté suffit et, chez l'homme surtout, on voit souvent s'élever des « crêtes de coq » lorsque le sujet laisse s'accumuler du smegma entre le prépuce et le gland. Autour de toutes les ulcérations cutanées, des hypertrophies papillaires peuvent se produire, et l'on a voulu établir des distinctions entre ces dégénérescences papillomateuses et les papillomes proprement dits. Il est certain qu'en pratique on doit rattacher à la description des ulcérations syphilitiques, tuberculeuses, variqueuses, etc., les hypertrophies papillaires qui les entourent. Mais en théorie la différence est nulle, et c'est précisément pour cela qu'une description d'ensemble des papillomes est absolument artificielle. A mesure que l'étiologie se perfectionne,

[1] Virchow, *Pathogénie des tumeurs*, trad. Arronsohn, t. I, p. 331, 1867.