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.

certaines variétés de papillomes sont individualisées. La tuberculose verruqueuse de la peau n'est, par exemple, qu'un papillome dû à une cause spécifique et, par sa nature même, essentiellement différent des autres papillomes, des verrues par exemple, elles aussi dues à un microbe spécial.

Un chapitre d'ensemble sur les papillomes n'a donc plus sa raison d'être et l'on doit se borner à décrire quelques types dont la connaissance importe au chirurgien. Il est, en effet, certaines hypertrophies papillaires diffuses, la plupart congénitales, dont l'intérêt est purement dermatologique. Pour les végétations des organes génitaux, je renverrai aux maladies des régions, c'est-à-dire du prépuce, du gland, des grandes et des petites lèvres. De même pour les condylomes de l'anus, pour les papillomes muqueux de l'urèthre, de la vessie, du rectum, etc. Les variétés qui vont être retenues sont seulement : la verrue proprement dite, la verrue plate des vieillards, et certains papillomes nettement inflammatoires mais de nature encore mal déterminée.

I. **Verrues.** — « On donne le nom de verrues, disent les auteurs du *Compendium*, à des excroissances de la peau pleines, dures, d'un aspect calleux, à surface lisse ou granulée, dépassant le niveau de cette membrane de quelques millimètres et insensibles par elles-mêmes. »

On distingue parmi ces excroissances plusieurs variétés, d'après leur forme.

Les *verrues proprement dites* sont petites, assez molles, d'une couleur jaune grisâtre; leur base est étroite, si bien même qu'un pédicule peut se constituer dans la verrue dite *acrochordon*. Suivant la configuration extérieure, Follin divise encore les verrues en coniques, filiformes et aplaties; on appelle *poireaux* les verrues plus dures, aplaties, chagrinées, à surface crevassée.

La surface est, en effet, lisse ou fendillée, ressemblant à un velours à poil ras, selon que le revêtement épithélial corné recouvre les papilles hypertrophiées, ou les laisse, au contraire, émerger plus ou moins. Dans un cas comme dans l'autre il est facile, d'ailleurs, de mettre en évidence l'hypertrophie papillaire. Si avec un rasoir on fait des coupes successives, parallèles à la peau, on voit sur la surface de coupe un pointillé manifeste. Lorsque la section est rapprochée de la base, ce pointillé est marqué par des gouttelettes de sang, car la base des papilles est vasculaire; en même temps la douleur survient.

Etiologie. — Les verrues atteignent surtout les enfants et les jeunes gens. Elles ont pour siège de prédilection la main, les doigts, à la face dorsale principalement; assez volontiers encore la face et le cou, quelquefois les pieds. Elles peuvent d'ailleurs siéger n'importe où. Elles sont isolées ou multiples et, dans ce dernier cas, peuvent former, à la main surtout, de véritables plaques confluentes, et c'est le plus souvent chez les sujets qui en ont aux mains qu'on en observe à la face, au pourtour des orifices naturels.

Ces constatations cadrent bien avec l'opinion vulgaire, d'après laquelle les verrues seraient contagieuses. Depuis longtemps les malades affirment qu'ils en voient s'élever sur les régions qu'a contaminées le sang au cours des opérations faites pour les débarrasser d'une de ces petites excroissances. Jusqu'à ces dernières années les médecins se bornaient à sourire de ces préjugés. Mais la bactériologie a démontré que les verrues sont parasitaires, dues au *Bacterium porri* décrit par Majocci, par Cornil et Babès [1].

[1] Cornil et Ranvier, *Loc. cit.*, t. I, p. 332, et t. II, p. 837. — Cornil et Babès, *Les Bactéries*, 2e éd., 1886, p. 647.

Ces données étiologiques expliquent pourquoi, malgré l'usage, je n'ai pas rangé parmi les verrues certaines excroissances telles que la « verrue cicéronienne » ayant, dit Bazin, le volume d'un pois chiche et offrant des poils à la surface. J'ignore de quelle nature était la tumeur qui agrémentait le nez du grand orateur, mais ce n'était pas une verrue au sens propre du mot.

L'*évolution* est caractéristique. Le plus souvent, en effet, après avoir formé une éruption abondante, les verrues disparaissent sans qu'on sache pourquoi et ne laissent aucune trace. On dit qu'elles peuvent, si elles persistent chez des gens âgés, dégénérer en épithélioma; il est probable que l'on a fait confusion avec les verrues séniles.

Le *pronostic* est donc bénin, et le principal inconvénient des verrues est d'être disgracieuses; la face, le dos des mains sont, en effet, des parties difficiles à dissimuler toujours. Dans ces conditions, chez les jeunes filles surtout, on sera parfois appelé à intervenir, et il va sans dire qu'une des premières règles du traitement sera d'éviter la formation d'une cicatrice quelque peu visible.

Traitement. — Le traitement médical a été employé avec succès et surtout certains auteurs ont vanté les bons effets de la magnésie [1], de l'arsenic [2] à l'intérieur, contre les verrues multiples. La dose de magnésie recommandée varie, suivant les auteurs, de 70 centigrammes à 6 grammes par jour.

Les applications externes les plus diverses ont été préconisées, et je n'énumérerai même pas tous les topiques populaires. Le suc de certaines plantes, de la grande chélidoine, de quelques Euphorbiacées, semble avoir de l'efficacité. Rösen [3] a récemment préconisé les applications d'acide salicylique, employées par son maître Nussbaum.

Le chirurgien peut détruire les verrues par les caustiques ou les enlever à l'instrument tranchant. Les meilleurs caustiques sont les acides nitrique ou acétique, appliqués comme je l'ai dit à propos des cors, de façon à imbiber la masse morbide sans la dépasser. L'excision se pratique parfois au bistouri, mais presque toujours d'un coup de ciseaux courbes; on cautérise au nitrate d'argent la surface saignante, sans quoi les récidives sont fréquentes.

II. **Verrues séniles.** — On voit souvent sur la peau des vieillards des plaques un peu saillantes, irrégulièrement arrondies, de dimensions variant entre celle d'une pièce de 50 centimes et celle d'une pièce de 2 francs, rarement d'une pièce de 5 francs. Leur couleur se nuance, suivant les cas, du jaune brun au noir, et c'est à elle qu'elles doivent leur nom de « crasses des vieillards ». La surface est assez lisse, de consistance un peu grasse. Si de l'ongle on gratte vers les bords, on détache une carapace sous laquelle apparaissent des papilles hypertrophiées, de dimensions et de forme assez variables, de couleur rose tendre. Les symptômes subjectifs sont nuls, à part quelquefois un peu de prurit.

Les crasses des vieillards atteignent surtout les individus malpropres. Elles peuvent occuper toutes les régions du corps. Elles ont pour siège de prédilection la face et le dos des mains. La multiplicité y est assez fréquente.

Lorsque le malade se gratte, irrite souvent la surface malade, il s'y produit parfois des excoriations, du suintement. Il faut alors surveiller attentivement la

[1] Colrat, Soc. des sc. méd. de Lyon, 1886, d'après *Lyon médical*, t. LIII, p. 45.
[2] Pullin, *Bristol med. and surg. Journal*, 1887, d'après *France méd.*, 1888, t. II, p. 1270.
[3] Rösen, *Zur Behandlung abnormer Gebilde der Epidermis. Münch. med. Wochenschr.*, 1888, n° 9, p. 147.

région, examiner avec soin si aucune induration ne survient au-dessous et autour d'elle. Dans ces conditions, en effet, il est fréquent qu'un épithélioma cutané [1] se développe en ce point, et c'est probablement à cet état que correspond ce que Follin appelait « ulcère cutané papillaire ».

La nature anatomique de ces productions est assez bien déterminée. L'hypertrophie papillaire est évidente; l'écaille qui la recouvre est constituée par des cellules épidermiques et un peu de matière sébacée [2]. Malgré la présence de cette substance grasse, il ne semble pas qu'il faille adopter l'opinion ancienne et ranger les crasses des vieillards parmi les séborrhées sèches, l'écaille étant formée par un amas de matière sébacée anormalement abondante et concrescible. Il est bien plus probable qu'il s'agit d'une irritation dermique d'ordre parasitaire et que l'hypertrophie papillaire est le fait anatomique primordial. Tout comme l'épithélioma cutané qui en dérive n'est pas un épithélioma glandulaire, mais bien un épithélioma à début interpapillaire.

Le *pronostic* n'est à réserver qu'en raison de la transformation cancroïdale possible. Le *diagnostic* est évident, sauf avec le *lupus acnéique*. D'autant plus que ce lupus, lui aussi, a de la tendance à dégénérer en épithélioma. Le seul point vraiment important est de déterminer s'il y a ou non évolution épithéliomateuse. On y parviendra en examinant bien, après avoir fait tomber les croûtes, quels sont les caractères de l'ulcération, et surtout si sa base et ses bords sont indurés.

Le *traitement* consiste en soins de propreté réguliers. On a préconisé les lotions savonneuses fréquentes, ou bien les lotions phéniquées. A la face, on évitera en général les cautérisations, l'excision, qui laissent des cicatrices, mais on n'hésitera pas dès la première menace de transformation cancroïdale. Dans les régions non apparentes, il est même indiqué, peut-être, d'enlever sans tarder la production morbide. L'extirpation au bistouri est préférable à la destruction par le thermocautère.

III. **Papillomes dits simples** [3]. — Ces papillomes s'observent surtout sur les adultes du sexe masculin. La plupart occupent soit le dos de la main ou des doigts, soit l'avant-bras. Dans leur étiologie, les irritations locales ont une grande importance.

Anatomiquement, il n'y a que peu de particularités à noter. Les papilles hypertrophiées sont très vascularisées. Elles sont recouvertes d'un épiderme corné épaissi, ayant conservé ses trois couches normales. Le tissu conjonctif des couches superficielles du derme est chroniquement enflammé, tend à la sclérose et étouffe les bulbes pileux, d'où la chute des poils.

Le *début* est en apparence insignifiant : c'est une petite excroissance, que le malade néglige. Puis d'autres s'élèvent à côté, l'épiderme s'épaissit, des croûtelles se forment, la région prend une teinte rouge, inflammatoire, et peu à peu le mal s'étend, lentement mais sans cesse, en sorte qu'il peut arriver à constituer de larges plaques. A la *période d'état*, on voit une surface croûteuse, noirâtre, fendillée; au fond des sillons, le derme apparaît à nu, fissuré; entre eux il est hérissé de saillies papillaires rosées que l'on aperçoit bien après avoir fait tomber

(1) Audouard, *De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde*. Thèse de Paris, 1879, n° 454.
(2) Barthélemy, *Des verrues séborrhéiques ou verrues plates de la vieillesse. Ann. de dermat. et de syph.*, 1881, p. 535.
(3) Notin, *Étude sur les papillomes simples*. Thèse de Paris, 1884-1885, n° 351.

les croûtes sous un pansement humide. Les *troubles fonctionnels* sont souvent nuls. La région est cependant un peu sensible, les froissements, les pressions répétées y éveillent de la douleur; de même le contact avec des liquides irritants. De là une gêne pour travailler.

Roser, Weil [1] ont décrit un *papillome cutané inflammatoire* qui se caractérise surtout par l'existence de petits abcès dermiques entre les papilles hypertrophiées et souvent soudées en arcades par leurs sommets. Peut-être est-ce une lésion analogue à la précédente, mais où l'inflammation a atteint un degré plus intense. Peut-être aussi une partie des cas étudiés par ces auteurs seraient-ils rapportés aujourd'hui à la tuberculose verruqueuse.

Le *diagnostic* du papillome simple et de la *tuberculose verruqueuse* est en effet parfois obscur, et si Riehl et Paltauf ont individualisé une forme assez nette, la question se pose encore pour les *tubercules anatomiques*. Il est démontré que certains d'entre eux sont de nature tuberculeuse; mais quelques auteurs contestent qu'ils le soient tous et admettent histologiquement le papillome simple. La différenciation clinique est encore à établir.

Le *traitement* a pour but de détruire le mal. Les pommades, les lotions diverses échouent. Les caustiques sont douloureux, difficiles à manier. L'étendue du mal en surface rend souvent impossible l'extirpation au bistouri. Les deux méthodes de choix sont le grattage et la cautérisation au fer rouge; fréquemment on les associe. La cautérisation se fait au thermocautère ou au galvano-cautère et on l'applique à la fois en surface et en profondeur, en promenant la lame rougie sur les papilles malades et en enfonçant dans la masse morbide des pointes de feu interstitielles.

CHAPITRE V

PARASITES NON MICROBIENS

Je signalerai les accidents produits par certaines larves d'*Œstridées*. Alb. Robin a publié l'histoire d'un malade qui, piqué à Rio-de-Janeiro, eut à la cuisse un bouton ressemblant à un furoncle et fort douloureux. Une fistule s'établit par laquelle, au bout de trois mois, le parasite sortit et la lésion guérit. A ce propos, Mégnin (*Société de biologie*, 1884, p. 143) a fait connaître un cas analogue, où le faux furoncle, large de 6 centimètres, était moins douloureux. Le malade venait du Guatemala. Cette simple mention suffira pour cette lésion exotique, peu décrite en France.

Parmi les *helminthes*, je n'insisterai pas sur les kystes hydatiques du tissu sous-cutané, sur les cysticerques et la ladrerie. Je rappellerai la filaire du sang et l'éléphantiasis qu'elle accompagne [2], et je vais décrire les accidents produits par la filaire de Médine.

(1) Roser, *Das entzündliche Hautpapillom. Arch. der Heilk.*, 1866, p. 87. — C. Weil, *Ueber das, etc. Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1874, p. 37.
(2) Voy. p. 204.