

peau du gros orteil droit, vint me consulter six mois après cette cautérisation faite par Thomas (de Tours). La cicatrice était un peu brunâtre, mais sans tuméfaction ni douleur, et ce qui tourmentait la malade, c'était une tumeur assez fluctuante à la partie supérieure de la cuisse. Il était remarquable de trouver là, comme dans les cas déjà cités, une indépendance apparente de la maladie primitive et de l'engorgement ganglionnaire. Aussi un chirurgien de Paris qui vit la malade avec moi crut à un kyste séreux de l'aîne, et n'accepta pas mon diagnostic d'une poche ganglionnaire remplie de mélanose demi-liquide. L'opération vint malheureusement confirmer ma supposition; et quatre à cinq mois après l'ablation, d'ailleurs partielle, de ce cancer ganglionnaire, la malade succombait aux progrès de l'altération cancéreuse.

Le cancer cutané peut s'ulcérer, et l'on observe alors tous les accidents déjà étudiés des ulcères cancéreux : tels que destruction des parties, écoulements sanguins, etc.

ÉTIOLOGIE. — Le cancer primitif de la peau est assez rare. La forme qu'on observe le plus souvent est l'encéphaloïde plus ou moins mêlé de mélanose. Sur 365 cas de cancers divers, Paget a relevé 25 cas de mélanose, dont 14 avaient leur siège dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces 14 cas de mélanose cutanée cancéreuse, on trouve que dans un cas il n'y avait aucune cause locale, que dans 2 on pouvait accuser des blessures, quoiqu'on ne connût pas bien l'état antérieur de la peau; enfin, que dans 10 cas le cancer mélané avait succédé à une tache pigmentaire congénitale, et dans un autre à une verrue. C'est à la face et aux membres inférieurs qu'on observe le plus souvent le cancer cutané.

DIAGNOSTIC. — Ce cancer ne peut être confondu qu'avec certaines formes d'épithéliome dont nous avons fait l'histoire générale dans le premier volume. Mais si l'on examine avec soin ces deux tissus morbides, on trouve qu'ils diffèrent l'un de l'autre par des caractères assez tranchés. Ainsi la surface de l'épithéliome est papillaire, et sa coupe est d'un jaune pâle, facile à écraser, un peu sèche, ou du moins privée du suc qu'on peut en général faire sortir par la pression du cancer; de plus, les éléments microscopiques sont très-différents dans le cancer et dans l'épithéliome, affection qui marche lentement et est souvent de longue durée.

Le pronostic du cancer cutané est très-grave, car la plupart des malades succombent soit à la généralisation du cancer, soit par l'infection du système lymphatique, soit par un autre mécanisme.

TRAITEMENT. — On peut enlever le cancer cutané par le bistouri ou le détruire par les caustiques. Je donnerai ici la préférence au caustique arsenical, qui étend son influence loin des parties sur lesquelles il est appliqué. Cependant le caustique ne préserve pas plus que le bistouri d'une récidive presque fatale. Quand le cancer cutané s'accompagne d'infection ganglionnaire commençante, il est bon de s'abstenir de toute opération.

ARTICLE III

AFFECTIONS ENDÉMIQUES

Je dirai seulement quelques mots de deux affections endémiques de la peau, qui ont un caractère chirurgical, mais sur la nature desquelles on est loin d'être d'accord : l'une, le *bouton d'Alep*, a été mieux étudiée que l'autre, le *bouton de Biskra*.

1^o Bouton d'Alep.

On donne le nom de *bouton d'Alep*, *pustule d'Alep* (*bouton d'un an* des Arabes, *hhabb el sehek*), à une affection cutanée tuberculeuse qui règne endémiquement à Alep, à Bagdad, sur les bords du Tigre et de l'Euphrate, dans toutes les villes situées entre Bagdad et Alep, au pied du Liban, à Téhéran, et peut-être même à Candie et en Égypte.

HISTORIQUE. — On a, depuis Volney (1), publié un certain nombre de travaux intéressants sur le bouton d'Alep; nous nous bornerons à indiquer les suivants :

GUILHOU, *Essai sur le bouton d'Alep* (thèse de Paris, 1833, n^o 165). — RAFALOWITSCH, *Briefe eines russischen Arztes, aus d. Turkei* [Lettres d'un médecin russe en Turquie]. Ausland, 1847, n^o 218. — WILLEMEN, *Mémoire sur le bouton d'Alep*, avec deux planches coloriées.

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie consiste en un ou plusieurs tubercules, de la grosseur d'un pois ou d'une fève, qui se développent lentement à la face et aux extrémités, sur la partie interne des membres. Chez les indigènes, c'est la face qui est le siège de prédilection de l'éruption; chez les étrangers, c'est le contraire qui a lieu. Guilhou a vu soixante-dix-sept tubercules sur un individu; mais le plus souvent le bouton d'Alep est unique, et dans ce dernier cas les Arabes lui attribuent une plus grande gravité. On donne à Alep le nom de *bouton mâle* au bouton unique, et celui de *bouton femelle* au bouton multiple.

Le bouton d'Alep débute par une saillie lenticulaire, sans chaleur, sans prurit, sans rougeur. De petites écailles blanchâtres se forment au-dessus de ce tubercule, s'en détachent, et se reproduisent alternativement, jusqu'à ce qu'au bout de quatre à cinq mois, le tubercule arrive à une période de ramollissement, qui est souvent annoncée par de vives douleurs, surtout quand le bouton siège au niveau des articulations. Alors une croûte se forme à la surface du bouton par suite de l'exhalation d'une sérosité limpide. Cette croûte tombe spontanément ou est arrachée par le malade, puis elle se reforme et se détache de nouveau. On voit alors au-dessous d'elle une ulcération inégale, rouge, située tantôt au niveau des téguments, tantôt plus bas qu'eux, et ne présentant pas les bourgeons charnus des ulcérations ordinaires.

(1) *Voyage en Syrie et en Égypte*, t. II, p. 130.

Une ceinture de petites saillies tuberculeuses entoure les bords inégaux de l'ulcère, et s'observe aussi dans son voisinage. Le liquide sécrété est le plus souvent séreux ou séro-purulent, parfois très-limpide, ordinairement inodore et très-plastique, ce qui explique pourquoi la croûte se rétablit très-promptement après s'être exfoliée un assez grand nombre de fois.

Cette période dure cinq à six mois et est suivie d'une période de réparation; la tumeur devient alors moins saillante et le tissu voisin moins enflammé. Il se forme une dernière croûte sèche qui reste souvent une année avant de se détacher, et qui, à sa chute, présente une plaque de tissu inodulaire. Cette cicatrice rougeâtre pâlit d'abord à son centre, où une coloration presque normale se rétablit quelquefois, tandis que la ceinture des saillies tuberculeuses existe encore à la périphérie. Arrivée à son complet développement, elle ressemble assez exactement à la cicatrice d'une brûlure et est indélébile. Villemin a vu deux ou trois cicatrices d'une coloration brune provenant d'un dépôt abondant de pigment. Dans certains cas, la cicatrice du bouton d'Alep produit une difformité du visage, détruit une aile du nez ou une portion du pavillon de l'oreille.

Ce bouton, qui débute sans prodromes, sans mouvement fébrile et sous l'influence duquel la santé générale ne s'altère pas, peut, lorsqu'il est arrivé à la période d'ulcération, revêtir la forme de certaines affections cutanées, comme l'impétigo, l'ecthyma, le loup.

L'expression de *bouton d'un an*, que les indigènes ont donnée à cette affection, s'accorde avec le résultat des observations de tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie. Le bouton dure, en général, un an, et atteint tous les indigènes pour la plupart avant la septième année. Il se développe aussi sur les chiens. Quant aux étrangers, les cas d'immunité ne sont pas rares; mais le bouton peut aussi bien se développer chez eux après quelques mois de séjour comme après de longues années passées à Alep. Il arrive même que la cause endémique agit encore après leur départ de Syrie, comme le prouvent des observations recueillies par Guilhou.

Il n'y a pas de récurrence du vrai bouton d'Alep, mais il existe encore à Alep, dit-on, une autre éruption, attribuée par les Orientaux à la piqûre d'un cloporte, et qui a une similitude surprenante avec le bouton. C'est un tubercule dur, lent à se développer, formant successivement des croûtes sèches et adhérentes, mais moins fatalement suivi de suppuration. Il serait, suivant Russel (1), produit par la même cause qui engendre le vrai bouton; mais comme il ne s'observe en général que sur des individus qui ont eu ce dernier, Villemin n'y voit qu'une nouvelle tentative de l'économie pour éliminer le germe morbide, lorsque la première éruption n'a pas réussi à l'en débarrasser complètement.

ÉTILOGIE. — L'eau du Coïk, petite rivière qui baigne Alep, et qui fournit aux Alepins une eau alcaline, bourbeuse et très-chargée de matière orga-

(1) Histoire naturelle d'Alep et des pays voisins, 1774.

nique, paraît être la cause du mal, car toutes les localités voisines d'Alep, et qui s'abreuvent à d'autres sources, en restent exemptes. L'expérience faite dans des harems sur l'influence de l'eau est des plus concluantes: lorsqu'on a pris la précaution de ne faire boire aux femmes que de l'eau d'une source pure, voisine de la ville, et non celle du Coïk, aucune d'elles n'a été atteinte du bouton.

TRAITEMENT. — Les Alepins regardent le bouton comme une affection critique qui débarrasse l'économie, et à laquelle il ne faut pas toucher. Cette opinion est partagée par un certain nombre de médecins qui ont observé cette maladie dans les lieux où elle existe; mais suivant Salina, médecin à Alep, une cautérisation au fer rouge avant la période de suppuration paraît influer favorablement sur la durée du mal.

Villemin a essayé, comme moyen prophylactique, d'inoculer sur des individus non encore atteints de la maladie la lymphée sécrétée par le bouton; mais ces expériences n'ont pas jusqu'à présent donné de résultat certain.

2° Bouton de Biskra.

Cette affection, qui paraît avoir une certaine analogie avec le bouton d'Alep, existe non-seulement à l'oasis de Biskra, mais aussi à Tuggurt, à Ouargla, dans toute la zone des Ziban, et dans le sud-ouest de l'Afrique.

Les soldats turcs appelaient ce bouton *dous el kourmati* (mal des dattes), les Arabes *hhabb* (bouton), et les Français, *bouton, clou de Biskra*, noms qu'on a voulu, sans y réussir, remplacer, à cause de leur désignation trop restreinte, par ceux de *bouton des Ziban, chancre du Sahara*.

HISTORIQUE. — Les médecins militaires qui ont exercé en Afrique ont publié plusieurs notes intéressantes sur le bouton de Biskra. Les travaux suivants en donnent une bonne idée:

POGGIOLI, *Essai sur la description d'une maladie cutanée nouvelle, ou dermatose ulcéreuse, observée à Biskra* (thèse de Paris, 1847, n° 172). — E. L. BERTHERAND, *Notice sur le chancre du Sahara*. Lille, 1854. — *Médecine et hygiène des Arabes*. Paris, 1855. — BOUDIN, *Du bouton de Biskra* (*Traité de géographie et de statistique médicales*, t. II, p. 325). — HAMEL, *Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra*. Paris, 1860.

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie se montre surtout aux membres et à la face. Il se développe un nombre plus ou moins grand de boutons, et Hamel a vu sur un individu trente cicatrices du bouton. Un léger prurit précède et accompagne la formation d'un tubercule arrondi, qui reste quelque temps stationnaire, et forme, en se développant, une petite tumeur conoïde, rouge, dont l'épiderme se soulève en écailles minces, qui se détachent par plaques circulaires et se renouvellent ensuite. Arrivée à ce degré, la maladie présente une forme *ulcéreuse* ou une forme *croûteuse*.

Dans la forme *ulcéreuse*, la perte de substance gagne toute l'épaisseur du derme, et est limitée par des bords frangés, coupés à pic, comme

gaufrés, et formant un bourrelet très-épais. Le fond de l'ulcère, de couleur chair vive, anfractueux, est baigné d'une matière séro-purulente qui exhale une odeur spéciale. Cette ulcération, large de 1 à 5 centimètres lors de son plus grand développement, est entourée d'une aréole d'un rouge érysipélateux et n'occasionne en général ni douleur au malade, ni trouble dans sa santé générale. Les symptômes inflammatoires cessent peu à peu, et l'ulcère reste trente à quarante jours dans cet état indolent. Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques en rapport avec l'ulcère s'engorgent quelquefois et deviennent douloureux.

Le bouton de Biskra est unique ou multiple. S'il y a plusieurs ulcères très-rapprochés les uns des autres, ils se réunissent pour former une ulcération ovalaire.

Au bout d'un ou deux mois de durée, la réparation de l'ulcère se fait par l'élévation du fond et l'affaissement des bords. La cicatrice, primitivement livide, acquiert peu à peu l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré.

La forme *croûteuse* a une forme plus lente. Une sérosité purulente suinte à la surface des tubercules, plus petits que ceux de l'autre variété, et donne lieu à des croûtes sèches, lisses ou fendillées, verdâtres ou grisâtres, qui tombent et se renouvellent facilement. Au-dessous des croûtes, on trouve une surface rouge, luisante, humide : cette forme persiste cinq ou six mois, une année même; elle est aussi la plus fréquente.

La durée du bouton de Biskra varie de quatre à dix-huit mois, mais l'émigration abrège beaucoup cette durée. Le bouton attaque les étrangers et les indigènes, mais il n'atteint pas tout le monde. Quant aux étrangers, sur 2275 hommes composant la garnison de Biskra, de 1845 à 1851, il y a eu 232 entrées à l'hôpital pour le bouton de Biskra.

ÉTIOLOGIE. — On ignore la cause de cette singulière affection. Comme le bouton apparaît en général après les chaleurs de l'été, à l'époque de la maturation des dattes, on a attribué à l'usage des dattes fraîches le développement de cette éruption; mais il y a trop d'exceptions à cette cause pour qu'on puisse l'admettre. L'analogie, assez probable, quoique non démontrée encore, du bouton d'Alep avec le bouton de Biskra, a porté quelques médecins à donner à ces deux affections une cause commune, l'eau potable de la rivière; mais l'endémie n'a pas cessé depuis que la garnison de Biskra ne boit plus d'eau de cette rivière (Oued el Kantara) et l'a remplacée par l'eau d'une citerne alimentée par la pluie. Aucune de ces causes, pas plus que l'action du sable saharien, n'a une influence positive. Ce bouton n'est pas contagieux. On ne l'observe point chez les chiens, comme cela a lieu pour le bouton d'Alep.

TRAITEMENT. — On a employé tour à tour contre cette affection les amers, les toniques, les sudorifiques, les évacuants légers, les mercuriaux *intus* et *extra*, le soufre associé à l'iodure de potassium, les caustiques, etc., sans de grands avantages. Les habitants sont persuadés de l'inefficacité de ces moyens et laissent la maladie suivre ses phases habituelles.

CHAPITRE II

MALADIES DES ONGLES

L'étude des maladies des ongles doit être faite après celle des maladies de la peau, puisque les ongles sont des parties du tégument externe qui ont seulement subi des modifications spéciales. En effet, les lames de l'ongle, dans leur portion molle comme dans leur portion cornée, sont formées de cellules épidermiques, fortement tassées les unes au-dessus des autres. Le *derme sous-unguéal*, ou *lit de l'ongle*, ne diffère point par sa structure du reste de la peau, et les petites crêtes comme les lamelles qui recouvrent sa surface ressemblent aux crêtes et aux papilles qu'on voit sur d'autres parties du tégument : c'est l'organe sécréteur de l'ongle. La figure ci-jointe, empruntée à Kölliker, donne une idée exacte de la disposition réciproque de ces diverses parties.

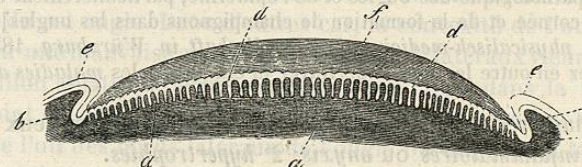


FIG. 11. — Section transversale de l'ongle et du derme sous-unguéal. — Grossissement huit fois. — a, a, lit de l'ongle avec ses petites crêtes; b, b, derme des parties latérales du derme sous-unguéal; c et d, couche de Malpighi; e et f, couche cornée.

Ces simples indications anatomiques permettent déjà de comprendre que la plupart des altérations de couche cornée de l'ongle sont consécutives à des lésions de son organe sécréteur, car cette couche ne peut éprouver directement que les altérations physiques ou chimiques des corps qui ne participent plus au mouvement de la vie. Nous ne parlerons ici que des maladies du *lit de l'ongle* qui produisent des changements dans la forme et la consistance de la lamelle cornée de l'organe, et qui peuvent offrir quelque intérêt au chirurgien. Les altérations des ongles dans les maladies aiguës et dans la phthisie pulmonaire ne doivent pas non plus nous occuper, et nous renvoyons le lecteur, pour cette partie de la pathologie des ongles, aux mémoires publiés par Pigeaux (1), Trousseau (2) et Vernois (3).

HISTORIQUE. — On trouve dans les plus anciens auteurs des notions sur la déformation des ongles; mais la plupart de ces renseignements, consignés à titre de curiosité, étaient restés sans emploi jusqu'au moment où l'on a commencé à écrire la pathologie des ongles. Le traité de Frank (de Franckenau), *Onychologia curiosa*, etc. (Iéna, 1641), est le premier essai

(1) *Archives de médecine*, 1832, t. XXIX, p. 174.

(2) *Journal des connaissances méd.-chir.*, 1833-1834, 1^{re} année, p. 351.

(3) *Archives de méd.*, 1839, 3^e série, t. VI, p. 310.