

Traitement. — On peut se borner à scier la corne quand elle atteint une certaine longueur, mais il est plus simple de circonscire sa base à l'aide de deux incisions semi-elliptiques de façon à enlever à la fois la corne et la peau qui la supporte.

2. — VERRUES. — POIREAUX.

(Papillomes cornés)

On donne le nom de *verruës* et de *poireaux* à de petites excroissances charnues qui, chez certaines personnes, s'élèvent à la surface de la peau.

Ces excroissances se rencontrent plus particulièrement sur les mains, le cou et la face ; il est rare qu'elles soient solitaires, d'ordinaire il en existe plusieurs chez la même personne : elles ont de 1 à 10 millimètres de hauteur et se rattachent aux téguments par une base plus ou moins large. Il semble que ces productions soient contagieuses.

Elles présentent deux variétés, différentes d'aspect et de structure : ce sont les *verruës* et les *poireaux*.

1^o Les *verruës* sont arrondies, blanches, molles, pédiculées, à surface grenue comme celle d'une framboise ou d'une mûre : elles sont formées par une *hypertrophie des papilles de la peau* qui se divisent en papilles secondaires, mais sont englobées dans un revêtement unique formé par l'épiderme et les corps muqueux.

2^o Les *poireaux* sont des saillies d'un gris noirâtre, dures, filamenteuses ; elles sont formées également par une hypertrophie des papilles, mais chacune de ces papilles est tapissée d'un revêtement épithélial qui lui est spécial ; aussi forment-elles un pinceau assez semblable à la racine chevelue de la plante dont les *poireaux* portent le nom.

Les *verruës* ne déterminent ni gêne, ni démangeaisons, mais constituent une légère difformité. Elles persistent indéfiniment, tandis que les *poireaux* peuvent guérir spontanément.

Traitement. — Les *poireaux* peuvent guérir par l'applica-

neuse, vivait caché dans les bois ; il fut amené à Paris et mis en spectacle, en peu de temps il mourut de désespoir.

cation du suc de certaines euphorbiacées, mais il faut remarquer qu'ils tombent souvent spontanément.

Quant aux *verruës*, on peut les détruire avec les caustiques (acide nitrique ou nitrate acide de mercure) ; pour cela on enduit de graisse les parties qui les entourent afin de les prémunir contre le contact des acides, et l'on place une ou deux gouttes de ces acides sur les *verruës*.

On peut les faire tomber soit avec des fils de soie, soit grâce à la ligature élastique pratiquée avec un fil de caoutchouc qui, après un certain temps, détermine la mortification de la tumeur. — Enfin on peut les exciser avec des ciseaux courbes ¹.

ARTICLE III

MALADIES DES GLANDES DE LA PEAU

1. — HYPERTROPHIES GLANDULAIRES.

Comédons, tannes, loupes, stéatomes, tumeurs mélicériques.

Il n'est point rare d'observer sur divers points du corps de petites tumeurs formées soit par l'hypertrophie des glandes de la peau, soit par l'oblitération de leur orifice excréteur et la dilatation de leur cavité, surdistendue par les produits de la glande qui n'ont pu s'écouler au dehors. Nous exposerons successivement les *hypertrophies des glandes sébacées* et celles des *glandes sudoripares*.

A. **Hypertrophie des glandes sébacées.** — Elles sont extrêmement fréquentes et offrent des dimensions très variables qui ont conduit à en distinguer plusieurs variétés, désignées par les noms de *comédons*, *tannes* et *loupes*.

1^o **Comédons** (*acné punctata*). — Ils sont si communs, que peu de personnes en sont complètement exemptes ; toutefois on les rencontre surtout chez les gens à peau grasse, luisante,

¹. Nous renvoyons à notre *Pathologie générale*, l'étude de l'épithélioma ou cancer de la peau.

dont la sécrétion sébacée est abondante ; très rares chez les enfants, ils ne se développent guère avant la puberté.

On les observe principalement sur les *ailes du nez*, la face, le dos, les épaules ; leur présence est indiquée à l'extérieur par un *petit point noir* dans lequel on pourrait enfoncer une aiguille. Vient-on à presser sur les côtés de ce point noir, on le voit surgir sous forme d'un petit cylindre jaunâtre, onctueux, comparable à un ver : si on le place sur le porte-objet d'un microscope avec une goutte de glycérine, on peut y distinguer un animalcule découvert par Simon (de Berlin) qui lui a donné le nom de *Demodex folliculorum*. Le comédon est donc formé par un demodex et une accumulation de graisse et de matière épithéliale.

Les comédons ainsi évacués se reproduisent en peu de jours.

Le meilleur moyen de les combattre consiste à laver les parties atteintes avec de l'eau très chaude, dans laquelle on aura ajouté un peu de bicarbonate de soude et quelques gouttes d'alcool ou d'un vinaigre aromatique, ou encore avec le savon Lieutaud¹ ; de plus il faut éviter de les évacuer fréquemment, car on s'expose ainsi à activer leur production.

2° Les **tannes** sont déjà plus développées ; au lieu d'un simple filament vermiforme, c'est une petite tumeur arrondie, dont le contenu jaunâtre est moins onctueux, plus sec, plus dur que celui du comédon.

3° Les **loupes** ou **kystes sébacés** représentent le degré d'hypertrophie le plus élevé ; leur *volume* varie de celui d'un gros pois, d'une noisette, à celui d'un œuf ; leur *forme* est généralement globuleuse, leur *consistance* ferme ou pâteuse ; elles sont mobiles au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, mais elles adhèrent à la peau qui est simplement soulevée à leur niveau, et dans quelques cas se trouve amincie ; la peau présente parfois un petit orifice par lequel on peut vider la loupe.

1. Dont l'usage quotidien est indiqué chez toute personne dont le visage est atteint d'acné.

Le *contenu des loupes* est une matière blanchâtre que l'on a comparée soit à du suif (d'où le nom de *stéatome*, *στέαρ*, suif), soit à une *bouillie* (d'où le nom d'athérome, *ἀθήρωμα*, bouillie) soit à du miel (d'où le nom de mélicéris, *μελιζήρον*, rayon de miel) ; aussi les noms de stéatome, athérome, tumeurs mélicériques, sont-ils souvent employés pour désigner les loupes.

Cette matière est formée de *cellules épithéliales* aplaties, déformées, parfois disposées en couches concentriques assez régulières, de *granulations graisseuses*, *calcaires*, de *cholestérine* ; souvent inodore, cette matière peut exhaler une odeur infecte de vieux fromage. Lutz, qui en a fait l'*analyse chimique*, y a trouvé beaucoup d'eau et de matière grasse, de la caséine, de la gélatine, de l'acide butyrique, des sels de soude, etc. Quant à la paroi de la poche, facile à isoler du tissu cellulaire du voisinage, elle est formée par un tissu fibreux qui représente la paroi de la glande très hypertrophiée.

Symptômes. — Les loupes s'observent plus fréquemment au *cuir chevelu* qu'en tout autre lieu ; elles sont indolentes et ne gênent l'individu qui en est atteint que par leur siège et surtout par la difformité qu'elles entraînent ; elles progressent lentement et, arrivées à un certain volume, elles peuvent se comporter de diverses façons :

1° Habituellement, *elles persistent indéfiniment* dans un état stationnaire.

2° Elles peuvent présenter un petit pertuis à travers lequel *le contenu est souvent évacué*, grâce aux pressions que le marteau exerce sur les parois de la tumeur, qui se remplit de nouveau en un laps de temps variable.

3° La peau qui les recouvre peut s'ulcérer, et alors de deux choses l'une : ou bien la *tumeur se racornit* et se dessèche, ou bien il s'établit une *fistule* à travers laquelle s'écoule un pus d'une odeur nauséabonde.

La résorption de ces loupes est fort douteuse. On a vu les parois du crâne se déprimer légèrement, *sous forme d'une petite fossette*, dans les points qui leur correspondent.

Diagnostic. — Il est assez simple : une loupe pourrait être confondue avec un *lipome*, mais celui-ci a une large base, il est mou, irrégulier et sa surface devient bosselée lorsqu'on tend la peau qui le recouvre ; de plus, le lipome n'occupe pas les mêmes régions ; d'ailleurs ce serait commettre une erreur sans importance, puisque le même traitement est applicable à ces deux genres de tumeurs (Voy. Diagnostic avec le *fibrome molluscoïde* et l'*encéphalocèle*).

Les *kystes dermoïdes* se distinguent des kystes sébacés par leur contenu (poils, dents, os), par leur origine congénitale et leur prédilection pour certaines régions (queue du sourcil, cou, etc.). De plus si ces kystes dermoïdes, surtout ceux de la queue du sourcil, ne sont pas complètement extirpés, ils récidivent à coup sûr.

Le pronostic n'offre rien de sérieux, la loupe ne constitue qu'une difformité peu importante.

Traitement. — 1° *Palliatif.* — Quelques personnes vident leurs loupes avec une épingle, chaque fois que la tumeur présente un certain volume, mais cette évacuation est toujours suivie de récurrence.

2° Le *traitement curatif* consiste, soit à extirper la tumeur en prenant toutes les précautions antiseptiques, soit à la détruire par les caustiques.

L'*extirpation* peut se faire de deux façons : si la tumeur est un peu volumineuse et très molle, on fait à sa surface une incision rectiligne ou cruciale et on la dissèque ; puis on rapproche les tissus, on les maintient avec quelques bandelettes agglutinatives, et l'on exerce sur eux une compression douce. Si la tumeur est plus dure et si elle se laisse aisément écarter des parties profondes, on peut la soulever, l'embrocher vers sa base avec un bistouri à lame longue et étroite que l'on fait ensuite remonter de la profondeur vers la superficie : cette incision faite, rien n'est plus facile que d'enlever avec une pince à mors plats les deux segments du kyste.

La *cautérisation* peut également se pratiquer de plusieurs manières, soit en vidant le kyste et cautérisant toute sa cavité avec du nitrate d'argent, la paroi du kyste se détache au bout de peu de jours ; soit en appliquant sur la tumeur de la pâte de Vienne ou de la po-

tasse caustique, qui la transforme en une eschare dont l'élimination s'effectue après un temps variable, quelquefois assez long.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'extirpation aseptique est le procédé de choix.

B. Hypertrophie des glandes sudoripares. — Cette lésion, infiniment plus rare que la précédente, a été surtout étudiée par Verneuil qui en distingue deux variétés :

1° L'*hypertrophie kystique*, c'est-à-dire la dilatation des tubes sudoripares par accumulation d'un liquide dans leur cavité ; ils se présentent sous l'aspect de petites élevures de 1 à 3 millimètres, quelquefois nombreuses et qui sont molles, transparentes ou sans changement de couleur à la peau.

2° L'*hypertrophie générale*, dans laquelle la glande sudoripare est remplie d'épithélium et se présente sous l'aspect d'un petit cylindre bosselé, irrégulier, indolent, à évolution lente, mais peut cependant s'ouvrir à l'extérieur et devenir le point de départ d'un ulcère à fond induré.

Leur pronostic n'est point grave, cependant, lorsqu'elles sont nombreuses et isolées, on doit les extirper avec le bistouri, de façon à prévenir leur transformation ultérieure.

2. — ABCÈS TUBÉREUX. — HIDROSADÉNITE

(ιδρωσ, sueur ; αδην, glande).

Inflammations des glandes sudoripares.

Les inflammations des glandes sudoripares ont été longtemps confondues avec le furoncle, le phlegmon circonscrit, etc. Velpeau eut le mérite d'appeler l'attention sur la forme spéciale que prennent certains abcès développés dans le creux de l'aisselle, la marge de l'anus, le mamelon, etc., forme arrondie, globuleuse, très distincte de celle des abcès développés dans d'autres régions. Mais, ainsi que la plupart des chirurgiens, il localisait ces abcès, qu'il désignait sous le nom d'*abcès tubéreux*, dans les aréoles du derme ou dans les feuillets du tissu cellulaire sous-cutané.

C'est Verneuil qui a émis l'opinion, aujourd'hui assez généralement adoptée, que *les abcès tubéreux de l'aisselle, du mamelon et de la marge de l'anus, ne sont autre chose que des inflammations glandulaires suppurées.*

On donne le nom d'abcès tubéreux ou hidrosadénite à de petites tumeurs inflammatoires arrondies, qui s'observent dans les régions dont les glandes sudoripares sont très développées et très actives, comme le creux de l'aisselle, la marge de l'anus, le mamelon et son aréole ; abcès qui sont très vraisemblablement le résultat de l'inflammation de ces glandes, sans que la preuve anatomique en soit faite.

Étiologie. — Les causes sont de deux ordres : 1° Une *prédisposition spéciale* ; ainsi ces abcès sont fréquents chez les gens scrofuleux, herpétiques, à peau grasse, se couvrant aisément de sueurs profuses et âcres. Un individu atteint une première fois se trouve très exposé à des récidives.

2° *Toutes les causes capables d'irriter les glandes sudoripares* : telles sont les sueurs âcres et profuses pour l'aisselle, les hémorrhoides et la constipation pour l'anus, la leucorrhée ou le pus de la vulvo-vaginite pour les parties génitales externes, les gerçures du mamelon pour l'aréole, et enfin, pour toute région, la *malpropreté* et les *éruptions herpétiques*.

On a vu ces abcès tubéreux se produire comme phénomène critique dans le cours des fièvres graves.

Le microbe est le même que celui du furoncle (*staphylococcus pyogenes aureus*).

Symptômes. — Les glandes sudoripares étant profondément placées entre le derme et le fascia superficialis, l'hidrosadénite est toujours sous-cutanée à son début et elle progresse de dedans en dehors, ce qui la distingue du furoncle et d'autres dermites, qui, du premier abord, se montrent à la surface. Si la peau qui recouvre la glande enflammée est souple, extensible, la tumeur prend une forme globuleuse ; si au contraire elle est très dure, la tumeur s'aplatit, prend un aspect discoïde et ses bords sont difficiles à circonscrire.

Les abcès tubéreux commencent par une *petite induration sous-cutanée*, roulant plus ou moins sous les doigts, peu douloureuse et sans rougeur ni relief bien accentués. Cela dure trois ou quatre jours, puis la tumeur grossit, elle soulève la *peau qui devient rouge*, il se manifeste quelques *douleurs* qui

augmentent beaucoup par le mouvement et la pression, la tumeur est encore très dure.

À cette époque la *résolution* est encore possible, mais la *suppuration* est bien plus fréquente ; le volume de la tumeur augmente, quelquefois même très rapidement, ce qui prouve que le tissu cellulaire voisin de la glande enflammée participe à la phlegmasie ; les douleurs deviennent fort vives, elles ressemblent à celles du furoncle, la peau est d'un rouge violacé, le point culminant de la tumeur se ramollit, devient opalin, enfin elle s'ouvre, et il s'en écoule un pus épais, visqueux, qui, par la pression, s'échappe tout d'une pièce, sous forme d'un ruban aplati ; presque instantanément la douleur se calme, mais l'induration s'efface lentement. Il n'est pas très rare d'observer une série d'abcès tubéreux.

On voit combien l'hidrosadénite ressemble au *furoncle*, cependant au début sa situation profonde, puis l'absence de bourbillon et les lieux dans lesquels elle se développe pourront permettre d'établir le **diagnostic**. Commettrait-on une erreur, elle ne saurait être préjudiciable au malade, puisque le même traitement est applicable ¹.

Traitement. — Les gens sujets aux abcès tubéreux doivent *veiller minutieusement à la propreté* des régions dans lesquelles se forment ces abcès ; ils doivent les laver avec des liqueurs antiseptiques. S'ils ont une constitution vigoureuse, ils pourront, au moment où l'inflammation commence à se manifester, prendre un purgatif léger : en tout cas on appliquera sur la région malade, soit des linges trempés dans une solution boriquée, soit de l'onguent napolitain ; mais le meilleur moyen de calmer les douleurs et d'abrèger la durée de la maladie consiste à *inciser la tumeur*.

3. — CHELOÏDE (*χελαι*, pince d'écrevisse : *ειδος*, ressemblance).

On donne le nom de chéloïdes à des tumeurs de forme bizarre, constituées par une hypertrophie de certains éléments

¹ Car, en somme, si l'hidrosadénite est l'inflammation des glandes sudoripares, le furoncle est l'inflammation des glandes annexées aux bulbes pileux.

du derme et se développant, soit spontanément, soit sur une cicatrice.

Étiologie. — La chéloïde est une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte, elle est fort rare chez les enfants et les vieillards. *Le tempérament scrofuleux paraît être le terrain le plus favorable à son développement.*

Au point de vue étiologique les chéloïdes présentent deux variétés : 1° Elles se développent sur une cicatrice de n'importe quelle nature, superficielle ou profonde, légère comme une égratignure ou étendue comme une vaste brûlure (*chéloïde cicatricielle*¹), et de préférence au cou, autour des cicatrices produites par la suppuration ou l'extirpation des ganglions tuberculeux.

2° Elles semblent se développer *spontanément* (*chéloïde spontanée*), sans cause occasionnelle appréciable ; c'est surtout cette chéloïde spontanée qui a été décrite par les dermatologistes ; la poitrine et le cou sont ses lieux de prédilection. Il semble toutefois que cette chéloïde n'est pas réellement spontanée, mais qu'elle est consécutive à des lésions de la peau (acné) qui ont laissé des lésions cicatricielles pouvant être même microscopiques. Toutes les chéloïdes seraient donc en réalité cicatricielles.

Anatomie pathologique. — A. Dans la *chéloïde cicatricielle* on trouve deux tissus distincts : 1° un *tissu cicatriciel* formé par un stroma d'épiderme sans papilles ; 2° au-dessous de lui une masse fibreuse, dont les fibres disposées en divers sens englobent quelques papilles et quelques-unes de ces cellules fusiformes auxquelles on a donné, pendant un certain temps, le nom de cellules fibro-plastiques.

B. Dans la *chéloïde spontanée*, le tissu cicatriciel fait défaut. La tumeur placée au milieu du derme est constituée par des

1. Nous avons observé des chéloïdes sur la poitrine d'une jeune dame à laquelle on avait fait quelques frictions avec de l'huile de croton. Il existe à cet égard des dispositions innées que le tempérament scrofuleux ne saurait expliquer ; ainsi Gimelle a montré à l'Académie un soldat d'Afrique qui avait reçu quinze coups de yatagan, et la plupart de ces plaies, en se cicatrisant, se transformaient en végétations hypertrophiques.

fibres dont la direction variable est en général parallèle à l'axe longitudinal de la tumeur, entre ces fibres on rencontre également des cellules fusiformes : sur tout le pourtour de la tumeur chéloïde, qui ne possède ni glandes ni vaisseaux, mais surtout au-dessous d'elle, les éléments de la peau, c'est-à-dire les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares, sont étranglés, aplatis, déformés.

Symptômes. — Qu'elles soient spontanées ou cicatricielles, *les chéloïdes se présentent sous la forme de tumeurs, de fongosités hypertrophiques* dont le relief, qui peut avoir un demi-centimètre environ, est parfois régulier, mais souvent très bizarre, s'accompagnant de prolongements en divers sens, ce qui a valu à la maladie sa dénomination spéciale (*χρῆμα*, pince d'écrevisse).

Les chéloïdes débutent par plusieurs *tubercules disséminés sur une cicatrice*, elles ne déterminent ni gêne, ni troubles de la santé générale, ni douleur (sauf quelques exceptions) ; leur surface, souvent lisse et unie, est quelquefois irrégulière et verruqueuse, sillonnée de brides, elle peut être d'un blanc mat, mais elle est souvent rouge et rosée¹.

Les chéloïdes s'accroissent lentement pendant plusieurs années, puis elles restent stationnaires et persistent indéfiniment. On les a vues, par une rare exception, s'atrophier, s'ulcérer et disparaître.

Diagnostic. — Il ne faut point confondre les chéloïdes avec les *scélérodermies* localisées qui forment des plaques sèches, arrondies, sans relief, dures et insensibles, lésions bien plus sérieuses qui n'ont rien de commun avec les chéloïdes et paraissent tenir à une altération des nerfs trophiques.

Le **pronostic** n'offre aucune gravité, la chéloïde ne constitue qu'une difformité plus ou moins désagréable.

1. Bazin distingue, d'après leur couleur, les chéloïdes en deux variétés : 1° la *chéloïde rouge*, qui aurait pour point de départ une glande sébacée pileuse (d'où le nom d'acné chéloïdique qu'il lui a donné) ; 2° la *chéloïde blanche*, se présentant sous l'aspect d'une plaque blanche, dure et comme cicatricielle.

Traitement. — Tous les traitements internes ont échoué, il en est de même de toutes les pommades par lesquelles on a essayé de les combattre. Il faut surtout se garder de les détruire par le bistouri ou les caustiques, car leur récurrence sur les bords de la plaie est certaine.

4. — SCLÉRODERMIE. — SCLÉRÈME DES ADULTES (*σκληρός*, dur).

Affection très rare, caractérisée par l'induration et le retrait de la peau sur un grand nombre de points du corps.

Étiologie. — Cette maladie, qu'il ne faut pas confondre avec le sclérème des enfants nouveau-nés, se développe sous une influence inconnue. Comme les autres scléroses viscérales, elle est sous la dépendance immédiate d'artérites locales¹.

Anatomie pathologique. — Lagrange avait fait de la sclérodermie une inflammation chronique et irrégulière, présentant de la ressemblance avec l'érysipèle, et qui aurait tendance à gagner en profondeur le tissu cellulaire, le périoste, les os et les articulations. — On a voulu identifier la sclérodermie et l'ainhum². Aujourd'hui, cette affection semble être une lésion anatomo-pathologique identique dérivant d'un processus local commun, l'artérite.

La peau, épaissie au début, se durcit et s'atrophie; l'épiderme est en général peu altéré, on y remarque une forte pigmentation de la couche de Malpighi et de ses annexes.

Le derme présente des lésions de sclérose, avec grand développement du tissu fibreux, il se propage dans le tissu cellulaire sous-cutané où la graisse disparaît. Il y a atrophie des poils et des glandes sébacées, hypertrophie des muscles lisses.

La nature de la sclérodermie est inconnue: pour Forget, ce serait une inflammation de la peau, de nature rhumatismale (Verneuil, Besnier). Ball et Hallopeau la considèrent comme une trophonévrose.

Enfin certains cas rappellent absolument les maladies infectieuses.

1. H. MÉRY, *Anatomie pathologique et nature de la sclérodermie*. G. Steinheil, Paris, 1889.

2. BOUTTIER, *De la sclérodermie*. G. Steinheil, Paris, 1887.

Symptômes. — Le sclérème débute, sur un point quelconque de la peau, par une tache plus blanche et plus dure que les parties voisines avec sensation fréquente de froid ou de cuisson; en peu de temps, des plaques analogues se montrent sur divers points du corps; au niveau des parties malades, la peau est tendue, très adhérente, très dure, elle ne peut ni se soulever, ni se déprimer; très blanche au début, elle prend peu à peu une teinte jaunâtre. Les plaques du sclérème conservent leur sensibilité naturelle et leur température, ou bien ces deux qualités sont très affaiblies; elles ne sont point douloureuses, mais elles peuvent entraver par leur rigidité les fonctions des régions sur lesquelles elles se sont développées: ainsi certains mouvements de la tête, des joues, des bras, deviennent impossibles; ou encore dans sa rétraction le sclérème peut déterminer l'atrophie des régions qu'il recouvre, ainsi on a vu sous son influence des mamelles très développées s'effacer entièrement.

La maladie a une durée indéterminée, il est probable qu'elle ne guérit pas, mais elle n'offre rien de sérieux au point de vue de la santé générale.

Les prodromes sont quelquefois très longs, d'autres fois ils font complètement défaut.

Traitement. — Il est impuissant, cependant Grisolles a vu un malade amélioré par l'usage prolongé de bains alcalins et de l'iodure de potassium¹.

L'hydrothérapie sous toutes les formes (bains sulfureux, de vapeurs, massages, douches), les sudorifiques, les alcalins, l'arsenic, l'électricité (courants continus) paraissent avoir donné de bons résultats.

5. — FIBROMES DE LA PEAU. — FIBROMA MOLLUSCUM.

Formés par du tissu fibreux, ils sont généralisés ou solitaires, les premiers sont durs, les seconds sont ordinairement mous.

Leurs causes sont inconnues; les molluscum solitaires sont

1. Pour les fibromes cutanés, molluscum vrai, voy. ma *Pathologie générale*, p. 180.

souvent congénitaux mais ne grandissent qu'à l'âge adulte ; plus fréquents chez la femme, ils ont leur siège de prédilection sur les grandes lèvres, plus rarement la tempe, les paupières, la nuque.

Leur évolution est très lente, sans retentissement sur l'état général, ils n'occasionnent qu'une gêne peu en rapport avec leur développement et leur siège.

L'extirpation est indiquée lorsqu'ils deviennent gênants.

6. — BOUTON D'ALEP. — BOUTON DE BISKRA.

On donne ce nom à une maladie cutanée, tuberculeuse, qui règne d'une façon endémique à Alep, Bistra et autres lieux.

Les indigènes appellent encore le bouton d'Alep *bouton d'un an*, en raison de sa durée, et celui de Biskra *mal des dattes*, car ils l'attribuent à l'usage des dattes fraîches.

Étiologie. — Le bouton d'Alep se rencontre non seulement à Alep, mais encore à Ispahan, à Bagdad, dans l'île de Candie ; Ernest Godard fut atteint, au Caire, d'un bouton semblable à celui d'Alep, il s'appelait bouton du Nil. Le bouton de Biskra règne dans toute la zone des Libans.

A Alep tous les indigènes en sont atteints, ordinairement dans la première enfance et ils ne l'ont qu'une fois ; la plupart des étrangers le contractent, cependant il y en a plusieurs qui y échappent ; ainsi, sur la garnison de Biskra, on en a observé, en sept ans, deux cent trente-deux cas.

Pathogénie. — On a attribué le bouton d'Alep à l'usage des eaux du Coïk, petite rivière bourbeuse et alcaline qui traverse cette ville ; en effet, la plupart des localités qui avoisinent Alep, mais s'abreuvent à d'autres sources, en sont exemptes, et dans les harems de certains fonctionnaires turcs qui prennent la précaution de faire boire à leurs femmes des eaux d'une source pure, voisine de la ville, et non de celle du Coïk, on n'a observé aucun cas de bouton. À Biskra, on attribue la maladie à l'usage des dattes fraîches.

Le bouton d'Alep est contagieux et inoculable.

Plusieurs médecins considèrent le bouton de Biskra comme le produit d'un parasite spécial. Duclaux a le premier en 1884 décrit ce microbe. Chantemesse l'a étudié tout récemment. Il ressemble par sa forme au staphylococcus aureus du furoncle, mais ne lui est pas identique.

Symptômes. — Le bouton d'Alep est habituellement unique, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle ; ainsi Guilhou en a observé plus de soixante-dix chez le même individu ; chez les indigènes il se développe de préférence sur la face, tandis que chez les étrangers il est plus fréquent sur les membres.

Il présente trois périodes dans son évolution : 1^o *période d'induration* : on voit s'élever sur la face ou sur les membres une saillie sans rougeur, ni chaleur, ni prurit ; elle progresse lentement pendant trois ou quatre mois, atteint le volume d'un pois ou d'une fève et se recouvre d'écaillés épidermiques ; 2^o *période de ramollissement* : le bouton peut devenir douloureux, pas aussi fréquemment à Alep qu'à Biskra, il se ramollit, se recouvre d'une croûte épaisse qui, arrachée par le malade, se reforme plusieurs fois ; 3^o *période d'ulcération* : la croûte tombe et met à nu un ulcère couronné de petites saillies inégales ; cet ulcère sécrète pendant plusieurs mois une quantité variable de pus, puis il s'affaisse, se dessèche et il se forme une dernière croûte qui tombe après un certain temps, laissant après elle une cicatrice indélébile assez semblable à celle d'une brûlure.

La durée moyenne du bouton d'Alep est d'un an, il en est de même à Biskra, mais peut-être l'émigration en abrège-t-elle la durée.

Le bouton de Biskra serait, dit-on, plus fongueux, plus douloureux que celui d'Alep, il n'existerait pas autour de lui cette zone d'anesthésie assez fréquente autour du bouton d'Alep, enfin la croûte épaisse qui le recouvre lui donnerait plus d'analogie avec le rupia.

Traitement. — Les indigènes, persuadés que la maladie doit parcourir un cycle défini, ne cherchent nullement à lutter contre elle. On l'a en effet attaquée, sans grands résultats, par la plupart des agents employés contre les maladies de la peau. La cautérisation au fer rouge, pratiquée avant la période de suppuration, peut cependant abrèger la durée de la maladie. Il serait bon de pratiquer des lotions antiseptiques et de maintenir l'antisepsie intestinale d'après les principes du professeur Bouchard (Voyez *Furoncle*).