

XXXII

PIAN

PAR LE D^r JEANSELME

Agrégé, médecin des hôpitaux.

Définition. — Le pian, appelé encore yaws ou frambœsia, est une maladie exotique qui sévit surtout sur les enfants. Inoculable et contagieuse, elle est caractérisée par une éruption de tubercules mûrifomes dont la structure est celle du papillome.

Distribution géographique. — Le domaine du pian s'étend à toute la zone intertropicale. En Afrique, son principal foyer couvre le Soudan occidental et la côte ouest depuis la Sénégambie jusqu'à Angola. En Amérique, il règne dans les Antilles, les Guyanes, le Venezuela et le Brésil. En Océanie, il ravage toute la Polynésie, en particulier la Nouvelle-Calédonie, les îles Fidji, Loyalti, Samoa, Tonga, Salomon et Marshall. En Asie, le pian occupe certaines parties de l'Inde anglaise, les côtes de Malabar et de Coromandel, l'île de Ceylan, l'Assam et la Birmanie. Il est très répandu dans la presqu'île de Malacca, le Siam et la Malaisie. Il a été observé sur la côte méridionale de la Chine. Le pian n'épargne pas l'Indo-Chine française, située tout entière dans la zone tropicale. J'ai montré qu'il sévit avec intensité sur la Haute-Cochinchine, le Cambodge, le Bas et le Moyen-Laos jusqu'à la hauteur de Vien Tian (18° parallèle N.).

Description clinique. — Un stade d'*incubation*, de durée variable, mais toujours assez long, précède les premiers signes apparents. Cette période silencieuse, qui n'est jamais moindre de quinze jours, peut se prolonger plusieurs mois (1).

L'*invasion* est annoncée par des phénomènes généraux plus ou moins accusés. Les uns n'ont rien de caractéristique : tels sont des mouvements fébriles irréguliers, un état de malaise indéterminé et de troubles digestifs. Les autres ont un cachet manifestement spécifique, ce sont : la céphalée qui parfois s'exacerbe « depuis le moment où le soleil se couche jusqu'au moment où le soleil se lève », suivant une expression laotienne, et un pseudo-rhumatisme infectieux qui se traduit par des douleurs articulaires et ostéocopes plus ou moins prononcées.

Dès le début de cette période, la peau devient rude au toucher et perd son lustre. Des placards recouverts d'une fine desquamation furfuracée apparaissent çà et là. Ils figurent des cercles, des anneaux ou des dessins irréguliers qui se détachent en clair sur la peau des indigènes de couleur bistre ou

(1) Dans les inoculations expérimentales, les manifestations initiales surviennent en général du douzième au vingtième jour.

noire (1). Les surfaces palmaires et plantaires sont doublées d'une couche cornée épaisse et inextensible qui se crevasse au niveau des plis cutanés.

Alors survient l'*éruption* caractéristique. Parfois le premier bouton de pian persiste à l'état solitaire pendant plusieurs mois. Cet élément, qui indique le point de pénétration du virus, ne diffère en rien, au point de vue morphologique, de ceux qui se développeront plus tard. Il passe souvent inaperçu en clinique et peut faire réellement défaut, comme le prouvent les inoculations expérimentales.

Cet accident primitif a pour siège d'élection la partie sous-diaphragmatique du corps, en particulier le pied ou le bas de la jambe. C'est une sorte de furoncle dur, couronné d'une croûte, sous laquelle se développe une ulcération tenace dont les bourgeons exubérants font une saillie en forme de chou-fleur. Après être resté stationnaire pendant plusieurs semaines, cet élément végétant rétrocede spontanément, sans qu'aucun traitement ait de prise sur lui. Une simple macule achromique qui disparaît peu à peu, ou une cicatrice superficielle lisse ou légèrement gaufrée, est le seul vestige qui survit à cet accident primitif. Plusieurs semaines ou plusieurs mois après la guérison de l'ulcération mère, une exacerbation fébrile et des douleurs rhumatoïdes plus ou moins vives annoncent que l'éruption va *se généraliser*.

Chaque bouton de pian, observé à l'état naissant, est une petite éleveure conique, cerclée d'un liséré érythémateux à sa base et ponctuée d'un petit foyer de couleur jaunâtre à son sommet. Arrivé à ce stade, l'élément peut rétrograder ou au contraire progresser. Dans ce dernier cas, l'ulcère qui surmonte l'élément se déterge, s'élargit et pousse une infinité de prolongements papillomateux. La petite tumeur ainsi constituée ressemble, suivant la comparaison très exacte des Laotiens, au contenu filamenteux d'une figue entr'ouverte. Elle rappelle aussi par sa surface polylobée certains fruits composés, tels qu'une mûre, ou une framboise, d'où le nom de *Frambœsia* donné à cette production.

Arrivé à son complet développement, le papillome fait une saillie, ordinairement hémisphérique, de 1 à 2 centimètres de diamètre qui, à l'air libre, se coiffe d'une croûte épaisse et très adhérente. L'élément, mis à découvert, apparaît hérissé de végétations molles et succulentes, de nuance jaunâtre ou rose vif, qui saignent facilement. Un liquide brillant, gommeux, exhalant une odeur fétide, vient immédiatement sourdre à la surface et se concrète bientôt en une croûte jaune-soufre parsemée de points rouges qui se modèle sur les filaments papillaires.

Tels sont les caractères les plus habituels du bouton de pian. Mais il n'est pas rare qu'il s'écarte plus ou moins de ce type moyen. Quelques éléments grossissent démesurément, s'étalent en surface et atteignent le volume d'un gros macaron. D'autres papillomes affectent la forme nummulaire; souvent le centre se déprime et guérit avant la circonférence, de sorte que l'élément, primitivement plein, devient annulaire ou réniforme; sur la portion de peau inscrite dans le cercle peut naître un nouvel élément, de là une disposition

(1) Cette exfoliation épidermique peut persister pendant tout le cours de la maladie ou reparaitre par poussées successives aux divers stades de l'évolution.

en cocarde qui n'est pas exceptionnelle. Très souvent les anneaux sont incomplets, se coupent sous des incidences variables et dessinent alors des franges polycycliques.

Les éléments du type nummulaire, arciforme ou annulaire, se coiffent ordinairement d'une croûte de rupia. Celle-ci se forme de la manière suivante. Tant que l'élément est en progrès, il est limité par un liséré bulleux circonférentiel dont le bord interne se dessèche à mesure que l'externe se porte en dehors. La croûte est donc constituée par l'adjonction successive de zones concentriques étagées en gradins. Des groupes de petits éléments gravitent autour des plus grands. Ils reconnaissent peut-être pour origine des auto-inoculations, car le prurit est très vif pendant toute la durée de la période éruptive.

Le bouton de pian s'accroît pendant deux à trois semaines, et, après être demeuré un certain temps stationnaire, il tend vers la guérison. Au cours de ce stade de déclin, la croûte s'amincit, les papilles se dessèchent et disparaissent par résorption insensible. Des taches achromiques ou hyperchromiques sont les seuls vestiges qui indiquent la place des éléments disparus.

Toute la surface de la peau peut être bigarrée par cette sorte de vitiligo qui disparaît peu à peu. Mais il n'est pas rare d'observer çà et là quelques cicatrices superficielles et légèrement gaufrées, en tout semblables aux traces que laissent la vaccine ou l'ecthyma syphilitique.

Topographie de l'éruption. — Les éléments se concentrent de préférence au voisinage des orifices naturels et dans la région génitale. Des végétations à surface humide et opaline, très analogues d'aspect aux plaques muqueuses hypertrophiées, garnissent les commissures labiales, le pourtour de la bouche et débordent dans le sillon labio-mentonnier. D'autres papillomes comblent le vestibule des narines, se greffent sur les ailes du nez et s'étalent sur la lèvre supérieure. D'épaisses nappes villeuses et suintantes, tapissées d'un enduit grisâtre diphtéroïde, couvrent la vulve, le pli cruro-génital et la région périnéo-scrotale. Plusieurs fois j'ai vu les amas papillomateux former une couronne à la base du gland et déterminer un phimosis. Souvent l'orifice anal est entouré d'un bourrelet papillomateux tailladé d'incisures multiples, et il ne faut rien moins qu'une étude fort attentive de la lésion, jointe à une connaissance approfondie de la syphilis et du pian, pour distinguer les unes des autres les manifestations de ces deux maladies.

Du reste l'éruption ne reste pas limitée à ces deux foyers. Elle ne respecte aucun point du tronc et des membres, mais elle affectionne surtout les plis de flexion, l'aîne, l'aisselle, la saignée du bras et le creux poplité.

Les ulcérations pianiques sont fréquentes aux mains et aux pieds. Des plaques bourgeonnantes se cantonnent dans les espaces interdigitaux des doigts et des orteils. D'autres contournent la base de l'ongle, qu'elles peuvent désinsérer. Cette périonyxis pianique est un facteur étiologique important, car elle favorise certainement et la transmission de la maladie, et la dissémination des éléments éruptifs sur le sujet lui-même par auto-inoculation.

Dans les régions palmaire et plantaire, les boutons de pian comprimés par l'hyperkératose s'accompagnent de vives douleurs qui se dissipent si l'on

abrase l'épiderme. Abandonné à lui-même, le papillome se fraie péniblement un chemin à travers les stratifications épithéliales et l'élément apparaît au fond d'une ulcération en forme de puits garni d'une margelle cornée. Toute la coque talonnière peut être sillonnée de fissures d'où s'écoule un liquide infect sécrété par la couche papillomateuse sous-jacente¹.

Jamais le pian ne germe sur les muqueuses. Jamais il ne s'accompagne de localisations oculaires ou viscérales. Il ne paraît pas exister d'exceptions à cette règle. Ces caractères négatifs comptent parmi les meilleurs dont la clinique puisse faire état pour distinguer la syphilis de la maladie exotique qui la copie en presque toutes ses manifestations².

Évolution. Complications. — Le pian est une maladie à marche chronique, qui procède par poussées successives dont la durée varie de quelques semaines à plusieurs mois. Chaque reprise de l'éruption est annoncée par le retour de phénomènes généraux et de douleurs rhumatoïdes plus ou moins accusées. L'évolution morbide peut ainsi se poursuivre pendant plusieurs années; mais toutes les manifestations cutanées, à quelque période qu'elles appartiennent, ont des caractères identiques, elles ne sont pas hiérarchisées comme dans la syphilis, et il n'y a pas lieu de décrire, comme dans cette dernière, des accidents primaires, secondaires et tertiaires.

La terminaison, sauf complications rares, est généralement favorable³. Cependant le pronostic est loin d'être toujours bénin. Des séquelles, dont la plus redoutable est le phagédénisme, prolongent souvent la maladie bien au delà du terme habituel et peuvent entraîner des infirmités incurables.

La chronicité des ulcérations, l'envahissement progressif de la peau saine suivant un trajet serpigneux, l'affouillement des tissus jusqu'aux aponévroses et même jusqu'aux os, voilà ce qui assombrit singulièrement le pronostic de certains cas de pian. Ces ulcères serpigneux laissent des cicatrices difformes et vicieuses, semblables aux reliquats de la scrofule et des brûlures. Des traînées de tissu nodulaire, hérissées de ramifications kéloldiennes, parcourent les membres dans le sens de leur longueur et immobilisent l'avant-bras ou la jambe en demi-flexion. Ce phagédénisme n'appartient pas en propre à la maladie pianique; c'est un élément surajouté qui se juxtapose à la plupart des affections ulcéreuses de l'Extrême-Orient et qui ne me paraît pas susceptible de transmettre la maladie dont il n'est qu'une complication fortuite⁴.

En terminant cette étude clinique, je dois signaler certains faits qui ont donné lieu à des interprétations diverses. Nombre d'individus atteints de

(1) Chacune des variétés objectives du pian porte un nom spécial dans le jargon des nègres des Indes occidentales. Les placards écaillés s'appellent dans quelques îles *pian dartres* et à la Jamaïque *Yaws cacca*. — Le stade papuleux de l'éruption est connu sous le nom de *pian gratelle*. — *Crabs, crappox*, *crabs*, sont des expressions qui désignent les manifestations douloureuses de la plante des pieds. — Un grand élément de longue durée est la *mère* ou la *grand'mère* du pian ou *mama-pian*, tandis que les boutons plus petits sont les *filles-pian*.

(2) Une adénopathie, d'abord partielle et limitée au territoire cutané le plus éprouvé, accompagne l'exanthème pianique. Plus tard, elle se généralise, mais les ganglions en connexion directe avec les éléments éruptifs sont toujours les plus volumineux. Ils restent ordinairement indolents et aplegmasiques.

(3) La mortalité causée par le pian est faible. Sur 7137 cas traités dans les hôpitaux de Yaws aux Indes occidentales, le pourcentage des décès a été 23 pour 1000. (NICOLLS.)

(4) D'après NICOLLS, ces ulcères phagédéniques existent dans 80 pour 100 des cas, à la Guyane anglaise et dans les îles du Pacifique.

pian ont des exostoses douloureuses marchant de pair avec l'éruption. S'agit-il en l'espèce d'altérations osseuses ressortissant au pian ou à une syphilis concomitante? C'est ce qui n'a pu être décidé jusqu'ici, grâce à la coexistence presque constante des deux maladies.

Étiologie. — Les expériences déjà anciennes de Paulet (1848), celles plus récentes de Charlouis (1881) mettent hors de doute l'inoculabilité du pian et démontrent de plus que ce type morbide est absolument distinct de la syphilis. De ses expériences, Charlouis conclut : que le pian est inoculable, — qu'une première atteinte ne confère pas l'immunité, — que le sang et les sécrétions des éléments éruptifs sont virulents dans leur période d'augment et d'acmé, mais qu'ils cessent d'être contagieux quand le bouton de pian est arrivé au stade de déclin.

Ces expériences excluent tout rapprochement entre le pian et la vérole. Cependant Charlouis crut devoir compléter sa démonstration par une preuve inutile et blâmable. Il inocula la syphilis à un indigène atteint de pian qui, averti des suites possibles de la tentative, s'y soumit volontairement. Charlouis vit évoluer sous ses yeux le chancre induré et tout le cortège des accidents secondaires¹. Bestion a vu des indigènes du Gabon qui avaient eu le pian contracter la syphilis.

Entre les faits expérimentaux et les enseignements de la clinique, il existe un certain désaccord. L'observation prouve, en effet, qu'une atteinte de pian confère une immunité, sinon définitive, du moins durable. L'état réfractaire, il est vrai, n'est pas acquis d'emblée. Plusieurs semaines, ou même plusieurs mois après l'introduction du virus pianique dans l'organisme, les auto-inoculations sont encore possibles. Mais la réceptivité finit par s'éteindre. A ce point de vue, le pian se rapproche de la vaccine qui, avant d'immuniser le terrain, est réinoculable en série sur le vaccinifère pendant un certain temps².

Nulle infection n'est plus contagieuse que le pian. Quand, dans une case, un enfant est atteint, tous ceux qui jusqu'alors avaient été indemnes contractent presque fatalement cette maladie. L'endémie trouve toujours quelque aliment dans les jeunes sujets, encore réceptifs, et de temps à autre, elle prend un caractère épidémique. Si le pian s'abat de préférence sur les jeunes générations, c'est que les adultes sont devenus le plus souvent réfractaires par le fait d'une atteinte antérieure. Mais ceux qui, pour une cause quelconque, ont échappé à la contagion dans l'enfance, ne sont pas à l'abri du pian, quel que soit leur âge. Sa fréquence chez l'enfant s'explique par la multiplicité des causes de contagion auxquelles celui-ci est exposé dès sa

(¹) Cet indigène du nom de Kauwno fut inoculé sur le côté droit de la poitrine avec la sécrétion d'un chancre induré. Un mois après apparut un *ulcus durum* (chancre induré) au point correspondant. Une des glandes de l'aisselle droite fut fort tuméfiée et très douloureuse. Après une durée de trois mois et demi, Kauwno présenta sur tout le corps un exanthème syphilitique maculeux et bientôt après papuleux. Kauwno avait en même temps ses tubercules de framboesia qui ne furent en rien modifiés par la survenue de la syphilis. (CHARLOUIS. Ueber papilloma tropicum (Framboesia). *Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, 1881, vol. II, p. 451-455.)

(²) D'après GEWARD, la réinoculation est possible pendant les poussées éruptives et dans leur intervalle, mais elle est toujours négative quand la maladie est complètement éteinte. Avec M. le D^r ANGIER (de Pnom Penh), j'ai fait sur un Cambodgien, en pleine poussée de pian, deux tentatives d'auto-inoculation, l'une 4 mois, l'autre 5 mois après le début de la maladie. Aucun élément ne se développa au niveau des piqûres.

naissance. Au Cambodge et au Laos, il est commun de voir un nourrisson allaité par une femme dont les seins sont couverts de boutons de pian¹. Les enfants des deux sexes sont complètement nus. La peau non protégée est couverte d'excoriations qui sont autant de points d'appel à l'infection. Elle est exposée aux piqûres des moustiques et très souvent labourée par les sillons de la gale. Ces parasites, qu'ils soient les vecteurs du pian ou qu'ils aident indirectement à sa germination en créant des portes d'entrée multiples, sont certainement des agents très actifs de dissémination. Aussi presque aucun enfant n'échappe à la contagion. Du reste, comme le pian est généralement une maladie peu grave, qu'elle confère une immunité plus ou moins durable et que la contagion ne saurait être évitée, les parents n'essayent pas



Fig. 1. — Eruption pianique, de forme circinée, simulant la syphilis maligne précoce.

de protéger leurs enfants contre cette infection; d'aucuns même pensent que l'évolution du pian est moins sévère dans le bas-âge et favorisent l'inoculation par tous les moyens possibles².

A l'âge adulte, les bâtonnets qui tiennent lieu de fourchette, la pipe à eau qui circule de bouche en bouche, les nattes qui servent indistinctement à la famille et aux étrangers de passage peuvent être des intermédiaires qui propagent la contagion. Plusieurs fois j'ai pu surprendre sur le fait le passage du pian de l'enfant à sa mère pendant la période d'allaitement. Dans ce

(¹) Le pian n'est pas transmissible par le lait.

(²) Aux îles Fidji, d'après DANIELS, presque tous les enfants ont une atteinte de Yaws. Ceux qui ne contractent pas spontanément cette maladie, considérée comme une épreuve nécessaire et utile à la santé, sont inoculés par leurs parents.

cas, la maladie débute par des plaques végétantes situées sur le mamelon et l'aréole des seins, régions en contact avec les lèvres du nourrisson hérissées d'éléments caractéristiques. J'ai vu aussi des femmes nourrir impunément des enfants couverts de pian; certaines d'entre elles portaient au pourtour du nez et des lèvres, ou sur toute autre partie du corps, des stigmates certains

d'une atteinte antérieure et elles savaient fort bien qu'elles étaient vaccinées contre le retour de la maladie¹.

L'épiderme sain paraît opposer une barrière qui ne se laisse pas forcer par l'infection pianique. Mais l'érosion cutanée la plus minime permet l'implantation du virus. Toute plaie ou ulcère non pansé peut se transformer en bouton de pian. Les Européens, plus soucieux de leur personne et moins sommairement vêtus, restent presque toujours indemnes dans l'Indo-Chine française; toutefois il ne s'agit probablement pas d'une immunité de race, car dans d'autres régions du globe le pian a été signalé sur les blancs.

Cette maladie *n'est pas héréditaire*. L'éruption n'apparaît jamais sur le nouveau-né avant le 20^e ou le 30^e jour après la naissance.

Dans les cas précoces, il est possible que l'enfant s'inocule en franchissant le conduit génital de la mère. La section du cordon est peut-être aussi une des sources de la contamination.

Anatomie pathologique. — Malgré les examens de Charlot et de Unna, la structure des papillomes pianiques est encore imparfaitement connue.

Sur un Cambodgien d'âge moyen, entré dans le service de M. Angier, à l'hôpital de Pnom Penh, j'ai pu exciser un élément datant de plusieurs mois dont voici la description histologique.

La lésion initiale occupe la couche papillaire dont les vaisseaux sont très dilatés. Les papilles augmentent graduellement de longueur en allant de la zone marginale vers le centre de l'élément. Le long des capillaires turgides se groupent des amas de *plasmazellen* qui montent sous forme de traînées

(¹) J'ignore si la vaccination et l'opération du tatouage, en honneur chez les Laotiens, les Siamois et les Birmans, jouent un rôle dans la diffusion de l'endémie.



Fig. 2. — Nodules de pian groupés sur les lèvres. — Nappes pianiques de forme circinée, couvrant les membres inférieurs.

linéaires dans l'axe des papilles. Ces cellules, de forme irrégulièrement cuboïde, ont un protoplasma basophile et un noyau volumineux, ordinairement excentrique, arrondi, vésiculeux, contenant de nombreux grains de chromatine. Le réseau élastique du derme, recherché par les procédés appropriés (orceïne acide et bleu polychrome), paraît avoir totalement disparu.

L'épiderme considérablement épaissi, grâce à la multiplication des assises du corps muqueux de Malpighi, envoie des prolongements interpapillaires qui s'enfoncent profondément dans le derme. L'épithélium n'existe qu'à l'état de vestige. Les cellules épithéliales superficielles s'aplatissent et se dessèchent sans se charger de matière cornée. Elles deviennent indistinctes et contribuent à former la croûte qui surmonte le papillome.

La lumière des capillaires est encombrée de leucocytes polynucléaires. Ceux-ci émigrent des vaisseaux, infiltrent le corps muqueux et forment de nombreux abcès miliars intra-épidermiques. De ces petites collections, les unes de forme arrondie sont taillées comme à l'emporte-pièce, d'autres ont une disposition aréolaire. Les cellules épithéliales dissociées, aplaties, reconnaissables encore à leurs noyaux, forment un réseau dont les mailles sont comblées par des leucocytes polynucléaires. Ceux-ci s'observent en grand nombre dans la croûte qui coiffe le papillome¹.

Malgré des recherches répétées, je n'ai pu déceler de micro-organismes sur les coupes. Mais la biopsie avait porté sur un élément déjà ancien et probablement dépourvu de virulence. Cette étude histo-bactériologique, fort incomplète, appelle donc de nouvelles recherches².

Diagnostic. — Le bouton d'Orient ou clou de Biskra, maladie inoculable et contagieuse, pourrait, principalement dans sa forme villouse, être confondu avec le pian; mais ce dernier s'annonce par des troubles géné-

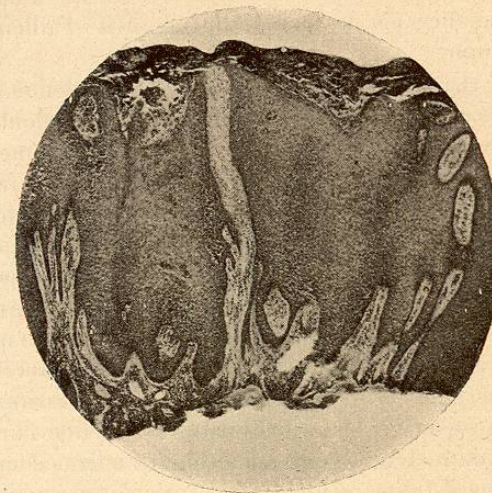


Fig. 5. — Coupe d'une végétation pianique. — Les espaces qui séparent les papilles hypertrophiées sont comblés par la couche malpighienne extraordinairement proliférée. Abscès miliaire intra-épidermique situé immédiatement sous le revêtement croûteux ou bouton de pian.

(¹) L'agent spécifique du pian est encore à trouver. ELKMANN, BREA, ont vu des bacilles. PIERZ, NICHOLLS et WATTS, HIRSCH, ont cultivés des microcoques que ce dernier aurait inoculés avec succès à des chiens.

(²) D'après CHARLOT, les poils restent normaux à tous les stades; les glandes sébacées et sudoripares sont très hypertrophiées. Les *arrectores pilorum* sont très développés. UNNA, comme CHARLOT, définit la lésion du pian, une dermatite chronique ayant pour point de départ la couche papillaire du derme. L'infiltration cellulaire est composée de leucocytes pour CHARLOT, de plasmazellen pour UNNA.

(³) Je crois inutile d'énumérer les caractères différentiels qui séparent le pian de l'impétigo, de l'ecthyma, de l'érythème vacciniforme des nouveau-nés et de la furonculose.

raux et a pour foyers d'élection le pourtour de la bouche et la région anogénitale, tandis que le bouton d'Orient ne s'accompagne pas de phénomènes réactionnels et occupe de préférence les parties découvertes.

Le pemphigus végétant de Neumann, arrivé à son complet développement, se présente sous l'aspect de nappes papillomateuses qui occupent de préférence les plis articulaires, le scrotum, la vulve, l'anus, et sécrètent un liquide fétide. Mais le pemphigus végétant, qui est une dermatose bulleuse à sa phase initiale, envahit souvent les muqueuses et se termine presque toujours par la mort. Elle ne sévit d'ailleurs jamais sous forme épidémique.

La Verruga, à laquelle on a parfois donné le nom de pian hémorragique, est une maladie infectieuse et inoculable dont une première atteinte confère l'immunité. Elle a pour caractéristique une éruption de papillomes très vasculaires qui donnent lieu à des hémorragies répétées et parfois mortelles. Cette maladie, dont le pronostic est toujours grave, diffère notablement du pian : 1° par sa circonscription régionale très étroite (Haut-Pérou); 2° par la morphologie de ses éléments à structure érectile; 3° par ses localisations sur les muqueuses et sur les organes internes.

Entre toutes, la syphilis est la maladie qui copie le plus fidèlement le pian. Les douleurs ostéo-articulaires à recrudescences nocturnes, la tendance de l'éruption à prendre la forme circinée, le groupement des éléments au voisinage des orifices naturels, l'action curative de l'iodure de potassium et du mercure, voilà autant de caractères communs aux deux affections. Le pian est donc réellement le sosie de la syphilis. Cependant, entre ces deux entités morbides, il existe des différences fondamentales. Je les résume dans le tableau comparatif suivant :

SYPHILIS	PIAN
Maladie pandémique.	Maladie tropicale.
Maladie acquise par hérédité et par contagion.	Maladie acquise uniquement par contagion.
Début par un accident primaire pathognomonique siégeant au point d'inoculation.	L'accident initial, au niveau de la porte d'entrée, est inconstant. Il ne diffère pas des éléments qui apparaissent ultérieurement.
L'immunité conférée par la syphilis est quasi-définitive.	La réinfection du pian est possible.
Toutes les tentatives d'auto-inoculation sur un sujet en puissance de syphilis demeurent infructueuses.	L'auto-inoculation du pian est possible pendant un laps de temps d'une durée indéterminée, mais assez longue.
Le chancre induré et les autres signes de la syphilis peuvent apparaître sur un sujet qui vient d'avoir le pian.	Le pian peut se développer sur un sujet syphilitique.
Polymorphisme des manifestations syphilitiques.	Monotonie de l'éruption dont le type unique est le papillome.
Les syphilides, du moins celles de la période tertiaire, désorganisent la peau et laissent, après guérison, des cicatrices indélébiles.	Le bouton de pian, quand il n'est exposé à aucune cause d'irritation, guérit sans laisser de trace.

SYPHILIS

La syphilis est une affection disciplinée, dont les manifestations hiérarchisées correspondent aux trois périodes, primaire, secondaire et tertiaire.

Les éruptions syphilitiques intéressent les muqueuses.

Localisation sur les viscères.

Les syphilides ne sont pas prurigineuses.

Alopécie de la période secondaire.

PIAN

Toutes les manifestations du pian sont identiques quelle que soit leur date.

Les éruptions pianiques respectent les muqueuses.

Pas de localisations viscérales.

Vives démangeaisons accompagnant les poussées de pian.

Pas d'alopécie dans le cours du pian.

L'épreuve thérapeutique ne peut être considérée comme un argument en faveur de l'identité de la vérole et du pian. Car l'iodure de potassium guérit l'actinomycose, affection qui ne peut être rattachée à la syphilis.

Traitement. — L'emploi du mercure donne d'excellents résultats, bien que les récidives soient la règle. A Vien Tian (Moyen-Laos), j'ai soumis au traitement mercuriel 16 enfants de 5 à 12 ans, atteints de pian. Ils prirent régulièrement pendant quinze jours 2 à 4 cuillerées à café de liqueur de Van Swieten, suivant l'âge. Les éléments turgescents et suintants se desséchèrent assez rapidement et se couvrirent d'une mince croûte jaune soufre. Quand je fus obligé de mettre fin à cette expérience, 5 sujets étaient déjà blanchis et 9 sensiblement améliorés. Deux enfants ne retirèrent aucun bénéfice appréciable de la médication mercurielle, et de nouveaux éléments apparurent sur eux pendant le cours du traitement. Les pansements et les bains au sublimé influencent très heureusement l'éruption.

L'iodure de potassium, employé aux mêmes doses que dans la syphilis, a une action certaine sur le pian. Il amène rapidement la rétrocession des éléments¹. Tous les observateurs sont d'accord sur ce point.

Dans les cas rebelles, la cautérisation des ulcérations végétantes avec du sulfate de cuivre ou du nitrate acide de mercure, et au besoin le raclage à la curette suivie de l'application du fer rouge, donnent de bons résultats.

Prophylaxie. — Dans les régions où la maladie est endémique, les plaies les plus simples doivent être pansées avec soin. Les boutons de pian, qui sont autant de sources de contagion, seront traités antiseptiquement et recouverts d'emplâtres occlusifs.

Défense sera faite aux malades de se baigner et de laver leur linge dans les eaux qui servent aux usages de la population saine. Les vêtements et les cases infectées seront détruits par le feu. Enfin la propreté, sous toutes ses formes, qui a pour principal effet de prévenir l'inoculation, tout en laissant l'individu dans le milieu contaminé, est le plus utile adjuvant de la prophylaxie.

La séquestration des individus atteints de pian dans des établissements spéciaux ne me paraît pas recommandable. La bénignité de cette maladie ne justifierait pas l'atteinte portée à la liberté individuelle et les énormes dépenses que nécessiterait la création d'hôpitaux d'isolement.

(¹) D'après M. le Dr ROUFFIANDIS, observant à Pak In Boum, l'iodure de potassium blanchit les enfants dans l'espace d'un à trois mois. (*Comm. orale*).