

Bibliothèque numérique

medic@

**Annales de dermatologie et de
syphiligraphie**

Tome V. - Paris : Masson, 1873-1874.

Cote : 90153



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90153x1873x1874](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90153x1873x1874)

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

CINQUIÈME ANNÉE

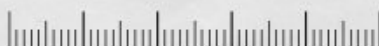
PARIS

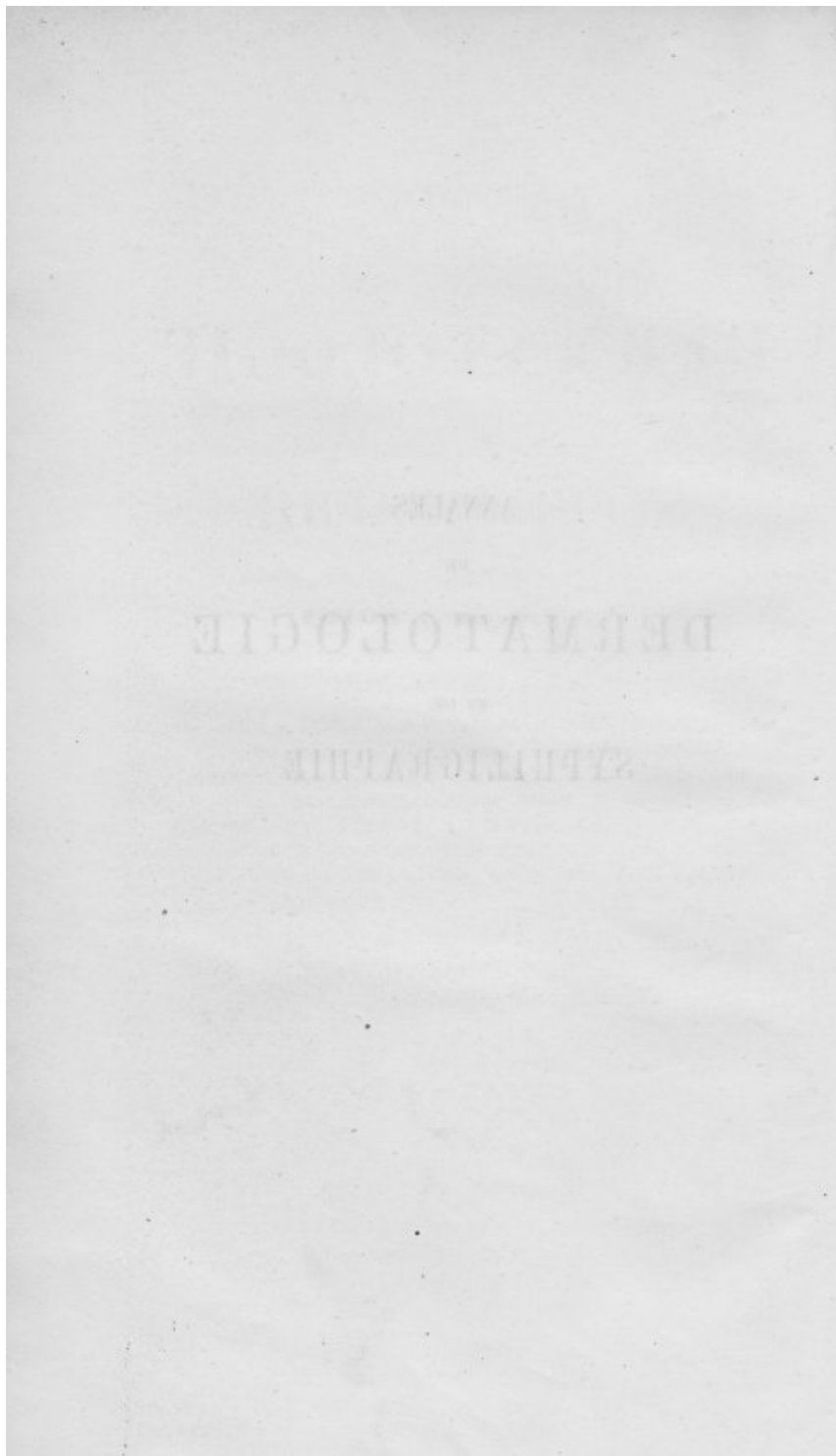
G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1875-1876





ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, BAUMES, BAZIN, L. BELHOMME, BERGERON, E. BESNIER,
BOUCHARD, BUMSTEAD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY,
DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUERARD,
GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, ICARD,
G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT,
AIMÉ MARTIN, MAURIAC, DE MÉRIC, PELIZZARI, PH. RICORD,
RODET, ROLLET, SAINT-CYR, M. SÉE, DE SEYNES, E. VIDAL, ETC.

CINQUIÈME ANNÉE.

N° 1

PARIS

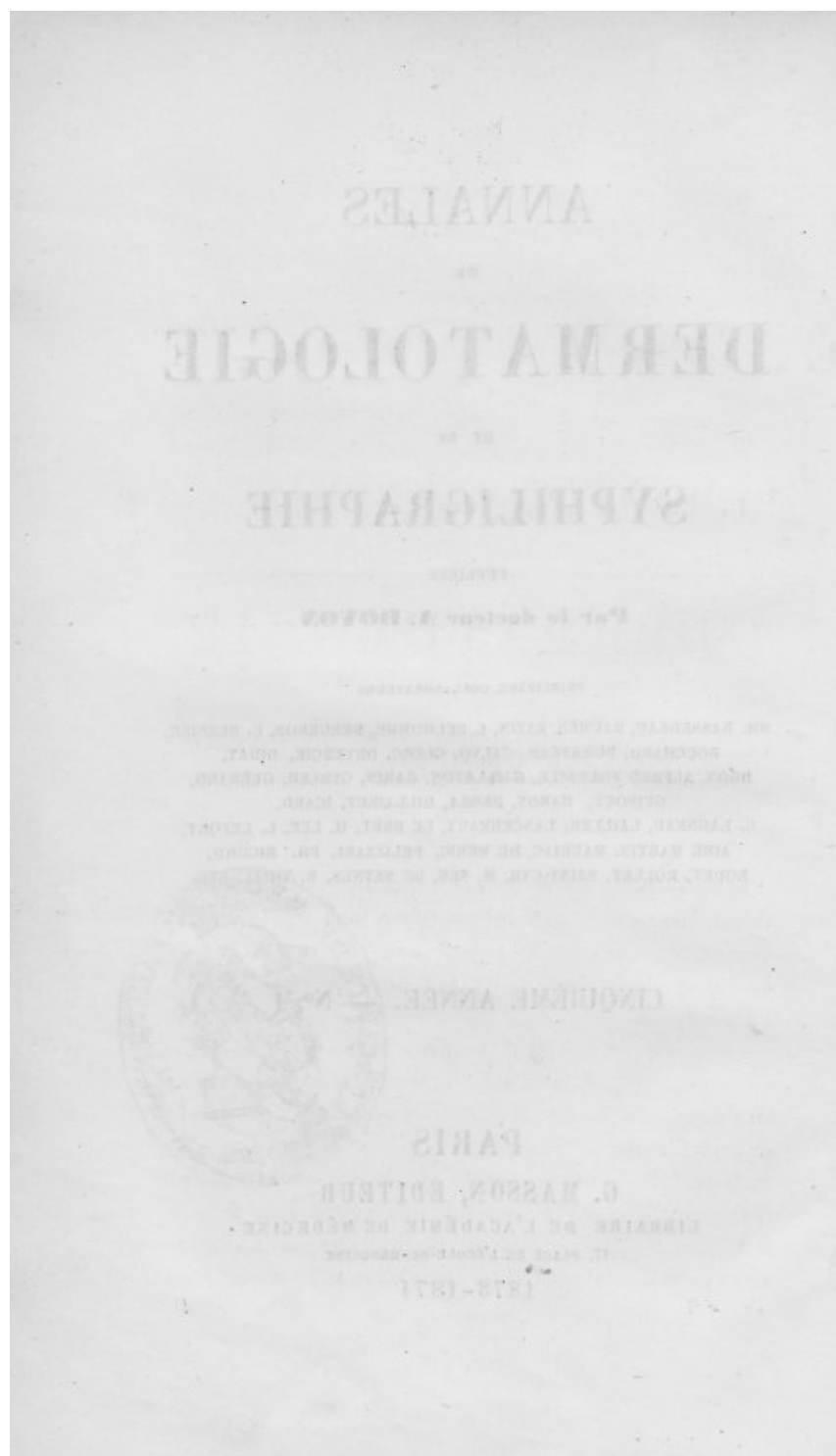
G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1873-1874







DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I.

**ÉLÉPHANTIASIS DU FOURREAU DE LA VERGE ET
DU SCROTUM, par le D^r VOILLEMIER, membre de l'Académie de médecine, etc., etc.**

Jules Joubert, âgé de 29 ans, menuisier, né à Colombin (Loire-Inférieure), a été reçu à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de mon excellent ami M. le D^r Fauvel, le 12 juin 1868. — Le 19 du même mois, on le fit passer dans mon service, salle Saint-Côme.

Il raconte qu'il a quitté l'endroit où il est né à l'âge de six ans et qu'il est resté dans sa famille, à Ploërmel (Morbihan), jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque il partit pour se perfectionner dans sa profession et commença son tour de France. Il n'a jamais été à l'étranger. — Sa maladie, assure-t-il, a commencé quand il avait 22 ans. Elle se montra à l'union du scrotum avec la verge dont elle envahit peu à peu le fourreau. Chaque année, au printemps

et à l'automne, il remarqua que ses parties étaient prises d'une inflammation se traduisant par de la rougeur, de la chaleur, des démangeaisons non douloureuses, une éruption de boutons extrêmement petits et un état fébrile dans les premiers jours. Cette sorte de poussée durait environ une quinzaine de jours. Pendant ce temps, le gonflement des parties augmentait visiblement; ensuite il restait stationnaire jusqu'à l'apparition d'une nouvelle poussée.

Joubert assure qu'il n'a jamais eu de rapports avec les femmes. Il avoue seulement s'être beaucoup adonné à la masturbation et, dans un temps, jusqu'à deux ou trois fois par jour. Du reste, il est fort difficile d'obtenir quelques renseignements précis sur ce sujet.

État du malade au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu. — Joubert a une santé assez bonne. Il est maigre, d'une constitution lymphatique, mais assez vigoureux pour bien faire son état de menuisier. Dans sa première jeunesse, il était assez gai; mais il est devenu triste, et se montre très-affecté depuis qu'il a vu ses parties génitales augmenter de jour en jour et former une tumeur si gênante pour son travail, qu'il est obligé de la porter dans un sac muni de bretelles. Dans cet état, il trouve l'existence impossible et il est venu à l'hôpital tout prêt à subir telle opération qu'on voudra lui pratiquer.

Joubert, en effet, a les parties génitales énormes: au premier aspect, l'augmentation de volume semble ne porter que sur le pénis; mais, quand celui-ci est relevé, on voit qu'il se confond avec les bourses qui sont aussi beaucoup plus grosses qu'à l'ordinaire. Le tout forme une tumeur cylindroïde, légèrement étranglée supérieurement où elle présente une sorte de pédicule très-épais s'attachant au pubis. Quand le malade est debout, cette tumeur descend au-dessous des genoux, au niveau de l'épine des tibias. Au bout de quelques instants de station, elle descend en-

core un peu plus bas, et devient un peu plus grosse. Si on la mesure, dans cet état, avec un ruban et en suivant le plan médian de symétrie du corps, on trouve que son périmètre longitudinal depuis la symphyse du pubis jusqu'à la marge de l'anus est de 110 centimètres. Son pédicule a 34 centimètres de circonférence; sa partie la plus large, qui répond à son tiers supérieur, a 30 centimètres; au niveau du méat préputial, qui sera décrit plus loin, elle a encore 40 centimètres de tour.

Quand le malade est couché, la tumeur est d'un rouge assez vif; elle prend une coloration plus foncée pendant la station. Sa surface est légèrement inégale. Dans sa moitié supérieure, elle présente de petits enfoncements où s'insèrent de petits groupes de poils qui appartiennent au pubis, dont la peau a été fortement attirée en bas par le poids des parties. Lorsqu'on appuie fortement les doigts sur la tumeur, on produit des dépressions comme si on agissait sur des tissus affectés d'œdème dur. Dans ces points, la peau devient d'un blanc mat, mais elle reprend bientôt sa surface unie et sa coloration habituelle. La sensibilité est un peu obtuse, mais elle existe partout. Le scrotum, notablement augmenté de volume, est un peu aplati d'avant en arrière; il a conservé sa coloration brune. Le prépuce est bizarrement contourné, comme on l'observe dans les cas d'œdème considérable de la verge. Il présente plusieurs sillons assez profonds provenant du renversement des bords du prépuce en dedans, le frein et la muqueuse préputiale n'ayant point subi le même allongement que la peau. Son ouverture n'est plus à l'extrémité de la verge, mais placée de côté et un peu remontée. Pour la trouver, il faut écarter les plis de peau qui la recouvrent. On peut introduire l'index tout entier dans cet orifice sans rencontrer le gland; on n'arrive jusqu'à lui qu'avec une sonde; mais dès qu'on le touche, le malade s'en aperçoit parfaitement.

La verge ne peut être sentie à travers les parois de la tumeur. Il en est de même pour les testicules ; mais une pression assez forte exercée sur le scrotum éveille une douleur toute particulière qui permet de reconnaître la place occupée par ces organes.

Le malade affirme qu'il a quelquefois des érections ou plutôt qu'il sent la verge se gonfler dans sa tumeur, sous l'excitation d'idées érotiques ; il éprouve même de véritables pertes séminales, mais le sperme reste dans le long tuyau formé par la muqueuse et la peau du prépuce et ne s'écoule que lentement. Alors le malade s'en débarrasse au moyen d'une petite curette de bois qu'il a fabriquée lui-même et dont il se sert habituellement pour enlever les amas de matière sébacée qui se forment sous le prépuce.

Dans cet état de choses, une opération était indispensable. Le malade la désirait ; je la pratiquai le 2 juillet 1868.

Le malade, ayant été préalablement chloroformé, est couché en travers sur la table d'amphithéâtre, comme s'il allait subir une taille périnéale. Un aide est chargé de surveiller l'action du chloroforme et d'en donner au besoin. Deux autres aides, debout sur les côtés, appuient contre leur poitrine les membres inférieurs du malade, écartés et à demi fléchis. Un dernier aide, placé au côté droit de la tumeur, la soutient, avec ses deux mains largement ouvertes, dans une direction horizontale.

Debout, en face du malade, j'introduis sous le prépuce une sonde cannelée longue de 20 centimètres et creusée d'une large gouttière. Après l'avoir enfoncée jusqu'au point que je crois occupé par le gland, j'en saisis le pavillon entre le pouce et l'index de la main gauche, tandis qu'avec la main droite je prends un petit couteau à amputation que je fais glisser dans la sonde jusqu'à son cul-de-sac. Puis, abaissant en même temps son pavillon et le manche du

couteau, je traverse la partie dorsale de la tumeur que je fends jusqu'à son extrémité antérieure.

Cette large plaie laisse voir dans son fond le gland qui est beaucoup plus petit que d'ordinaire et présente une forme conique toute particulière.

Je remplace le couteau par un fort bistouri et je fais, au niveau du gland, une incision transversale de 10 centimètres intéressant toute l'épaisseur de la peau. Portant ensuite l'instrument vers l'aîne gauche du malade, je pratique une autre incision qui, partant de l'anneau inguinal, passe par l'extrémité de l'incision transversale, descend sur la face latérale du scrotum et s'arrête sur le raphé à 2 centimètres au-devant de l'anus. J'agis de même sur le côté droit de la tumeur dont le pédicule se trouve ainsi circonscrit entre l'incision transversale pratiquée sur le dos de la verge et les incisions latérales irrégulièrement courbes, à convexité interne et qui viennent se rejoindre au-devant de l'anus.

Alors, saisissant le gland avec la main gauche, je relève la verge que je dissèque en dessous jusqu'à l'aponévrose moyenne du périnée, ayant grand soin de ne blesser ni l'urèthre ni le bulbe. Puis je découvre sur les côtés et au sortir du canal inguinal les cordons qui me servent de guide pour arriver jusqu'aux testicules que je trouve renfermés dans leur tunique vaginale, distendue par une assez grande quantité de liquide. Je ne les sépare pas des tissus voisins, mais je les renverse en dehors, les laissant accolés à la face interne des lambeaux latéraux dont j'achève la dissection.

La tumeur, isolée de tous les côtés, est comme suspendue au périnée par son pédicule, et il suffit de quelques coups de bistouri pour l'en détacher complètement. Il reste alors une large plaie bornée en haut par la verge unie au lam-

beau supérieur, sur les côtés par les testicules accolés aux lambeaux latéraux et inférieurement par l'anus.

Trois petites artères qui donnent du sang en jet ont été liées ; la plaie est abstergee avec soin ; il n'y a plus qu'à opérer la réunion des parties divisées. Je commence par disséquer le lambeau pubien, sur les côtés seulement, de manière que ces bords devenus libres soient ramenés au-dessous de la verge et lui forment un nouveau fourreau ; mais celle-ci ne se trouve encore pourvue de peau que dans ses deux tiers antérieurs. Le bulbe et une partie de l'urèthre sont à nu. J'applique sur eux les lambeaux latéraux que je réunis par leur partie moyenne et je complète ainsi le fourreau de la verge.

Treize points de suture sont nécessaires pour opérer la réunion de la plaie : un premier point fixe à la base du gland le bord antérieur du lambeau pubien ; quatre sont placés sous la verge, deux dans chacune des aines et quatre seulement sur la ligne médiane du nouveau scrotum. Un hiatus de 2 centimètres est laissé au-devant de l'anus pour l'écoulement des liquides.

Défalcation faite du temps nécessaire pour endormir le malade, l'opération tout entière a duré trente minutes.

La pièce anatomique n'a été examinée que le lendemain. Malgré l'énorme quantité de liquide mélangé de sang qui s'était écoulée pendant l'opération, les linges épais dans lesquels on l'avait enveloppée sont entièrement mouillés.

La tumeur pèse encore 3 kilogrammes 100 grammes. Elle est constituée dans toute sa masse, aussi bien aux bourses qu'au fourreau de la verge, par un tissu fibreux grisâtre assez mou en apparence, mais doué d'une élasticité et d'une ténacité très-remarquables. Par la pression de ce tissu, on n'obtient plus qu'un peu de liquide louche qui ne se coagule point par la chaleur. En examinant la tumeur avec quelque soin, on se rend très-bien compte de la disposition singu-

lière du prépuce qui a été notée plus haut. La déviation de son orifice sur le côté droit et les plis cutanés qui le dissimulaient étaient dus uniquement à la résistance de la muqueuse et du frein qui, ne se laissant pas distendre, avaient amené le renversement de la peau en dedans.

L'opération terminée, le malade est reporté dans son lit, et placé sur le dos. Des compresses fines imbibées d'eau fraîche sont appliquées sur les parties malades, pour tout pansement.

Dans la journée, il s'est encore écoulé beaucoup de liquide par la partie inférieure de la plaie. Le soir, il y a eu un léger mouvement de fièvre. Cependant le malade a bien dormi. Le lendemain et les jours suivants, le malade se trouve parfaitement bien ; il mange trois portions.

Le 5, la suppuration est franchement établie, mais le pus est peu épais, parce qu'il est mélangé à la sérosité qui s'écoule encore de la plaie en petite quantité.

Le 9, les sutures commencent à couper les tissus dans quelques points et on les enlève.

Le 10, au-dessous de la verge et au-devant du périnée, les bords de la plaie sont un peu écartés, mais non désunis. Les couches profondes de la peau sont solidement soudées et l'écartement n'existe que sur la couche la plus superficielle, de telle sorte que les lèvres de la plaie se confondent insensiblement avec son fond. Il n'y a pas un véritable sillon, mais plutôt une surface un peu déprimée couverte de bourgeons charnus. — Les compresses humides sont remplacées par de légers plumasseaux de charpie enduits de cérat.

La cicatrisation marchait régulièrement lorsque, le 14 au matin, je trouvai le malade abattu et couvert d'une sueur abondante. Deux heures auparavant il avait eu un frisson violent. Le pouls était à 120. Je craignais d'abord une résorption purulente ou tout au moins la formation d'un

abcès ; mais, en examinant le malade avec soin, il me sembla qu'il s'agissait plutôt d'un accès de fièvre intermittente. Je fus confirmé dans cette opinion en apprenant que Joubert avait eu, il y a trois ou quatre ans, *des fièvres qu'on lui avait coupées*. — Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 60 centigrammes par jour. — Il y eut encore deux accès, le 23 et le 31 juillet, mais assez insignifiants. Ce sont les seuls accidents qui se présentèrent.

Le 13 août, la cicatrisation était complète. Le lambeau supérieur, qui formait à la base du gland une saillie ayant toute l'épaisseur de la peau, est cicatrisé, mais il existe encore un bourrelet assez marqué. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu pour aller à la maison de convalescence de Vincennes.

En sortant de cet asile, Joubert partit pour la province, où il reprit sa profession. De temps en temps il m'écrivait pour me dire qu'il allait parfaitement, mais qu'il était gêné dans ses fonctions génitales, avec certaines femmes, par la présence de quelques poils sur le fourreau de la verge.

Le 11 janvier 1871, Joubert est revenu dans mon service pour être traité d'un abcès froid qu'il portait au-devant du grand pectoral droit et d'une affection syphilitique caractérisée par un chancre à gauche de la base du gland et des plaques muqueuses. Il sortit guéri de ses deux maladies le 19 avril.

La dernière fois que j'ai vu le malade, avril 1873, la guérison ne s'était pas démentie. La peau de la verge est très-mobile; elle se termine en biseau vers la base du gland comme chez les individus complètement circoncis. Le scrotum est souple, mais très-petit, ayant juste la capacité nécessaire pour contenir les testicules. Évidemment les lambeaux latéraux ont subi une assez grande rétraction. Il en a été de même pour le lambeau supérieur; aussi la verge paraît plus petite que d'ordinaire, hors les moments d'érection.

L'état de nos connaissances sur l'éléphantiasis des parties génitales a été parfaitement exposé dans deux remarquables mémoires publiés il y a quelques années par MM. H. Larrey (*mémoires de la Société de chir*, vol., IV) et Bergeron (*thèse de Paris*, 1845). Aussi ne me suis-je proposé, en publiant l'observation précédente, que d'ajouter un fait nouveau à ceux déjà connus en l'accompagnant de courtes réflexions sur la conduite que j'ai cru devoir suivre.

Dans la plupart des observations d'éléphantiasis des parties génitales, on voit que la maladie affecte presque exclusivement le scrotum. Quelquefois la peau de la verge est intéressée, mais souvent aussi elle est intacte et se trouve seulement tirée en arrière, comme dans certaines hydrocèles très-volumineuses. Dans le cas que j'ai rapporté, c'est le contraire qui s'est présenté. L'éléphantiasis a gagné le scrotum, mais il avait commencé par la peau de la verge, qui est devenue le principal siège de la maladie. Aussi le procédé opératoire que j'allais avoir à appliquer, tout en se rapprochant de ceux employés par Larrey, Delpech, Clot-Bey, Mohanfed-Ali-Bey, devait-il en différer sur plus d'un point.

En lisant avec soin les nombreuses relations des opérations d'éléphantiasis éparses dans nos recueils scientifiques, et surtout celle de Delpech, la plus complète de toutes, qui a servi de modèle à la plupart des chirurgiens, j'avais été frappé de l'abus qu'on avait fait des larges dissections pour obtenir des lambeaux capables de recouvrir les organes mis à nu par l'ablation de la tumeur scrotale ; et cet abus m'avait semblé être la principale cause de la gangrène qui avait été si souvent observée. Si cet accident est assez fréquent dans les autoplasties ordinaires, il est bien plus à craindre ici, car la maladie n'atteint pas seulement le tissu cellulaire sous-cutané, comme l'ont écrit quelques auteurs ; elle affecte encore la peau elle-même et

dans toute son épaisseur. Les tissus pourvus de veines plutôt que de vaisseaux artériels, gorgés d'une quantité considérable de liquide, ne jouissant que d'une vitalité obtuse sont très-disposés à se mortifier. Il résulte de là qu'il faut dénuder les organes le moins possible, ne donner aux lambeaux que l'étendue strictement nécessaire et surtout leur laisser une épaisseur qui, bien qu'elle paraisse un peu exagérée dans le premier moment, disparaîtra rapidement avec le dégorgement des tissus.

Aussi ne pouvais-je approuver la conduite de Delpech qui, sans même s'être assuré de la longueur de la verge, commence par disséquer un large lambeau supérieur qu'il rabat sur le ventre. Pourquoi séparer de la face dorsale de la verge un lambeau qui doit y être réappliqué quelques instants après? Aussi le tiers de ce lambeau se gangrène dès le deuxième jour; un abcès se forme dans la peau du pubis et la verge est à nu (*Chirurgie clin. de Montpellier*, 1828, pag. 22 et 24). — Le même accident arrive à Clot-Bey (*Mémoires de la Soc. de Chir.*, Paris, vol. IV, 2^{me} obs., pag. 537; — 3^{me} obs., pag. 541; — 4^{me} obs., pag. 543).

Bien plus, Delpech n'avait-il pas eu la prétention d'avoir un lambeau pubien assez long pour constituer à la verge un prépuce? Y fût-il parvenu, que ce prépuce de nouvelle formation, dépourvu de muqueuse et de point d'appui, se serait comporté comme tout lambeau de peau. Il se serait rétracté et aurait formé à la base du gland un bourrelet volumineux et très-incommode. Mais, comme je viens de le dire, il se sphacéla.

Pour éviter cet accident, je commençai par diviser la tumeur depuis l'orifice du prépuce jusqu'au gland, qui me fournit un point de repère certain et me permit de donner au lambeau supérieur la longueur strictement nécessaire pour recouvrir la verge. On comprend qu'agissant sur des tissus malades et ne sachant au juste jusqu'où s'étendait

leur altération, je devais en prendre le moins possible. Une incision transversale faite au niveau de la base du gland et les deux incisions latérales circonscrivirent le lambeau pubien; mais il ne fut pas décollé. Je le disséquai seulement sur les côtés afin de le rabattre sous la verge, et je le laissai adhérent par toute sa portion moyenne à la face dorsale de cet organe. Ces adhérences, la largeur de la base et son épaisseur suffisaient pour exclure toute chance de gangrène.

Cette épaisseur présenta, dans les premiers jours, un inconvénient assez grand, en ce que la peau formait à la base du gland un relief taillé à pic ayant près de 1 centimètre de hauteur. Il n'y avait pas à s'en préoccuper. Certainement ce relief devait finir par s'effacer par suite de la rétraction des tissus. Je craignais bien plutôt que cette rétraction portée trop loin ne laissât une partie de la verge à découvert et je crus devoir fixer le lambeau à la base du gland par un point de suture.

Le lecteur a pu voir que je n'avais pas été trompé dans mon attente. Il n'y eut aucun point de gangrène; la verge resta couverte jusqu'au gland et son fourreau conserva la mobilité nécessaire à l'érection.

Les mêmes précautions furent prises pour tailler les lambeaux latéraux. Je ne leur donnai que la grandeur indispensable pour envelopper les testicules et recouvrir le périnée. Aussi plusieurs des confrères qui assistaient à l'opération me témoignèrent quelques craintes au sujet du peu d'ampleur de ces lambeaux. Mais, d'abord, j'avais à cœur d'enlever le plus possible du scrotum qui était déjà malade, et, de plus, je comptais sur un dégorgement qui, en diminuant l'épaisseur des tissus, devait les rendre plus mobiles et plus extensibles.

Quant aux cordons, après les avoir découverts au niveau des canaux inguinaux, je me bornai à les suivre jusqu'aux

testicules et je les laissai, ainsi que ces derniers, adhérents à la face interne des lambeaux latéraux. Je sais bien qu'on ne peut toujours agir ainsi, que dans quelques cas de tumeurs très-volumineuses du scrotum, ils ont acquis une si grande longueur et les testicules sont descendus si bas, qu'il serait impossible de les laisser en place; mais au lieu de les isoler complètement et de les rabattre sur le ventre avant de les renfermer dans leur nouveau scrotum, ne pourrait-on pas se contenter de les décoller inférieurement pour les refouler et les remonter à la hauteur des lambeaux?

Chez mon malade, le volume du scrotum était peu considérable, les cordons n'étaient que médiocrement allongés, les testicules étaient sains, et j'ai profité de toutes ces circonstances favorables. Les tuniques vaginales étaient épaissies et contenaient 60 grammes de liquide environ, mais je ne crus pas nécessaire d'en exciser une partie, pas même de les ouvrir, espérant avec raison que l'inflammation suppurative qui devait nécessairement se développer autour d'elles amènerait la résorption du liquide épanché.

Presque tous les chirurgiens, et surtout Titley (*Diseases of the genitals of the male*, 1829), ont insisté avec raison sur la nécessité de ne pas réunir complètement les lambeaux et de laisser à la partie inférieure de la plaie un hiatus pour servir à l'écoulement des liquides. C'est la conduite que j'ai suivie. C'est pour avoir négligé cette précaution, que Delpech a vu, chez son opéré, plusieurs collections purulentes se former sous les lambeaux.

Et cet accident a eu des conséquences beaucoup plus graves qu'il ne le dit. Son malade mourut trois mois après l'opération, d'un abcès du foie. Bien que Delpech attribue cette fin malheureuse à des excès, tout lecteur attentif verra, dans ce cas, une résorption purulente à laquelle le malade avait d'abord résisté, mais qui avait laissé le germe de l'abcès qui a produit la mort.

J'ajouterai encore quelques mots sur les chances de récurrence. Il est de règle générale en chirurgie de n'entreprendre l'extirpation d'une tumeur qu'autant qu'on croit pouvoir l'enlever tout entière. Cette règle est juste quand il s'agit d'une affection maligne comme le cancer ; mais, contrairement aux doutes de quelques chirurgiens, il n'existe aucune similitude entre cette maladie et l'éléphantiasis. Sans doute, des parties frappées d'éléphantiasis depuis longtemps peuvent présenter des ulcérations dont les caractères rappellent ceux du cancer ; j'accorderai même que ces parties peuvent devenir, à la rigueur, le siège d'une altération cancéreuse ; mais, pour tout chirurgien de bonne foi, le cancer et l'éléphantiasis sont deux maladies essentiellement différentes. On ne peut donc les rapprocher, même de loin, au point de vue de la récurrence.

Si j'insiste sur ce sujet, c'est que beaucoup de praticiens semblent attacher une trop grande importance à l'état de la peau qui doit fournir les lambeaux. Sans doute, il faut autant que possible choisir une peau saine ; mais, quand elle est déjà envahie par la maladie, ce n'est pas une raison suffisante pour s'abstenir d'opérer.

Les vues théoriques doivent, ici, être mises de côté ; les faits seuls sont à consulter. Or, il est facile de constater que, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas eu de récurrence. Dans ceux où elle s'est produite, elle ne s'est pas présentée à l'endroit même où l'opération avait eu lieu, mais sur d'autres points. Les individus étant restés dans les mêmes conditions de vie et de climat ont été repris d'éléphantiasis, mais il n'y avait pas eu, à proprement parler, de récurrence.

Ainsi que je l'ai déjà fait observer, dans les cas d'éléphantiasis volumineux du *scrotum*, il n'est pas rare de pouvoir emprunter des lambeaux à la peau relativement saine du pubis et des aines qui a été déplacée par le poids considérable de la tumeur. Mais, chez Joubert, les lambeaux

latéraux, et surtout le lambeau supérieur, étaient envahis par la maladie, et pourtant la récurrence n'a pas eu lieu. — Que se passe-t-il donc ? C'est que cette inflammation étrange et procédant par poussées, qui engendrait si rapidement des éléments fibreux, se trouve tout à coup modifiée et déviée dans sa marche par une inflammation aiguë et de nouvelle nature résultant de l'opération ; sans qu'il soit possible d'expliquer ce phénomène, il est évident que le mode de vitalité des parties est complètement changé, et qu'à un travail de prolifération des tissus fibreux a succédé un nouveau travail d'absorption.

Certes, si jamais on devait craindre une récurrence, c'était bien chez mon malade, quand il fut pris, le 14^e jour après l'opération, d'accès de fièvre intermittente présentant une certaine analogie avec les accès fébriles qui avaient accompagné chaque poussée de la tumeur. Lorsqu'il revint plus tard dans mon service pour être traité d'un chancre et de plaques muqueuses, on pouvait redouter que cette inflammation locale, même en dehors de sa spécificité, ne réveillât l'ancien travail éléphantiasique. Cependant la guérison ne s'est jamais démentie.

Je serai très-réservé dans les conséquences à tirer de cette observation ; mais je crois pouvoir recommander les règles suivantes :

1^o Il faut opérer le plus tôt possible les éléphantiasides des parties génitales. (Je rapporterai à l'appui de cette opinion une observation recueillie par M. le D^r Constantin Paul, interne dans mon service en 1857 et aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux.)

2^o L'état morbide de la peau qui doit fournir les lambeaux n'est pas une contre-indication de l'opération.

3^o On ne doit donner aux lambeaux que l'ampleur strictement nécessaire pour recouvrir les organes mis à nu et le périnée.

4° Il faut laisser le lambeau pubien adhérent à la face dorsale de la verge, afin de prévenir la gangrène. Quand cela est possible, il est utile de laisser les testicules accolés aux lambeaux latéraux, c'est le meilleur moyen de diminuer les chances de gangrène.

5° C'est une faute de vouloir conserver l'ancien prépuce ou en faire un nouveau avec le lambeau pubien. Cet organe est de trop peu d'importance.

6° Il est de toute nécessité de laisser au-devant de l'anus un hiatus pour l'écoulement de la sérosité du sang et du pus.

7° La récurrence de la maladie est peu à craindre.

ELÉPHANTIASIS DU PRÉPUCE ET DU FOURREAU DE LA VERGE.

(Observation recueillie dans mon service, en 1857, par M. le D^r PAUL.)

Schmidt, âgé de 25 ans, raboteur de métaux, entre à l'hôpital Lariboisière le 17 août 1857 (salle Saint-Honoré, n° 8). Ce garçon, qui est d'une bonne santé générale, n'a été malade qu'une fois, c'était en 1849, où il fit une chute sur le genou. Il entra à l'hôpital de la Pitié pour s'y faire traiter ; et, pendant son séjour, M. Laugier, lui trouvant le prépuce trop étroit, lui fit l'opération du phimosis.

Il s'est marié au commencement de l'année 1856, n'ayant jamais vu de femmes. Un mois après son mariage, sa femme devint enceinte et accoucha d'un enfant qui vivait au moment où le malade a été observé. Six mois après son mariage, le malade a été étonné de voir son gland enfler pendant une huitaine de jours, et, pendant six mois, ce gonflement de la verge se reproduisit presque tous les mois.

Au mois de février 1857, un nouveau gonflement est survenu, comme les précédents, il a occupé surtout le gland et le prépuce ; mais, cette fois, il n'a pas disparu. Cette augmentation de volume de la verge a eu pour effet de le gêner considérablement dans son travail, il s'est traité chez lui sans succès avec des cataplasmes et des bains de guimauve et, en fin de compte, il est venu réclamer les secours de la chirurgie.

A son entrée à l'hôpital, le 17 août 1857, on constate que c'est un homme de bonne stature, ayant tous les attributs de la santé. Les fonctions de nutrition, comme celles

de relation, sont régulières. Il déclare en outre s'être toujours bien porté et n'avoir jamais connu rien d'analogue dans sa famille.

L'altération ne porte que sur l'extrémité de la verge : les testicules et les canaux déférents sont sains.

La verge a une longueur de 12 centimètres ; le gland est volumineux et rouge, sa surface n'est pas régulière : on y voit des inégalités formées par des mamelons peu saillants. La muqueuse est rouge, mais sa coloration n'est pas uniforme : elle est plus pâle en certains endroits que dans d'autres.

L'altération porte surtout sur l'extrémité du gland dans le voisinage du méat. Le méat urinaire est très-étroit, il ne peut laisser passer qu'une bougie excessivement fine ; il donne issue à un léger écoulement muco-purulent. La couronne du gland est moins altérée, elle est entourée par une cicatrice qui part de la partie moyenne et supérieure et qui résulte d'une opération de phimosis faite huit ans auparavant.

La partie du prépuce qui reste est le siège d'une hypertrophie considérable, et le frein, qui est atteint de la même manière, a acquis un volume qui égale celui du gland, et reste pendant au-dessous de ce dernier.

Cette hypertrophie du prépuce et d'une partie du fourreau donne à la verge la forme d'une poire, dont la grosse extrémité est tournée en bas. La peau est peu rouge, elle a conservé la trace d'un raphé médian qui se prolonge jusqu'aux bourses. La peau est rugueuse, elle paraît surtout énormément épaissie. Elle donne au toucher une sensation élastique qui rappelle celle d'un sein bien conformé. Cette hypertrophie se prolonge sur les côtés, occupant, au niveau du gland, la moitié du pourtour de la verge ; mais elle diminue de largeur en allant vers la racine de l'organe et cesse environ à 4 centimètres en arrière du frein. Le

tissu malade forme donc une sorte de pyramide couchée en arrière le long de l'urètre et ayant sa base au gland et son sommet dirigé vers le scrotum. Ce n'est qu'en arrière de cette saillie qu'on peut sentir l'urètre à travers la peau.

La miction est facile, mais elle ne se fait que par un jet extrêmement fin. Les érections n'ont pas cessé, elles reviennent tous les deux ou trois jours, mais elles ne sont suivies d'aucune éjaculation; ces érections sont douloureuses. Le malade déclare s'être abstenu depuis plusieurs mois de tout rapport sexuel.

Le diagnostic est : éléphantiasis du prépuce et du fourreau de la verge; l'ablation des tissus hypertrophiés est décidée. Le 2 septembre, M. Voillemier procède à l'opération.

Il fait d'abord en arrière du gland une incision circulaire dans la largeur de la partie atteinte; puis des bords de cette incision en partent deux autres en V qui vont se rejoindre derrière la tumeur. (Le malade a été préalablement endormi au chloroforme et une sonde a été placée dans le canal.) On dissèque alors la partie malade, laissant le canal de l'urètre et les corps caverneux recouverts d'une couche de tissu conjonctif. Sur les côtés de l'incision, la peau est bien encore un peu malade, mais on ne peut en enlever davantage sans craindre de ne pouvoir plus réunir les deux lambeaux. On fait ensuite la suture par quatre épingles pour l'affrontement longitudinal et deux pour l'affrontement transversal. Il ne reste qu'un petit pertuis à l'angle de réunion. Le gland n'a pas été atteint par l'opération.

Pansement par un linge imbibé d'eau fraîche; on laisse la sonde dans le canal.

Le soir, pas de fièvre; on donne une portion.

Dans la nuit, il y a une érection douloureuse, non suivie d'éjaculation.

2^e jour après l'opération. — La verge et le gland sont un

peu gonflés; le malade ôte sa bougie pour uriner. Peu de fièvre, chaleur de la peau modérée, 84 pulsations; on donne une portion.

3^e jour. — Les bords de la plaie se sont gonflés; on est forcé de retirer les épingles.

4^e jour. — Il ne s'est pas fait de réunion par première intention; les bords de la plaie n'étant plus maintenus se sont écartés et la plaie est aussi grande que la perte de substance qu'on a fait subir à la verge.

5^e jour. — L'inflammation des bords de la plaie a cessé; on quitte les cataplasmes pour faire un pansement au cérat.

6^e jour. — Le malade a eu des érections toutes les nuits; la nuit dernière, l'érection a été encore plus active que de coutume; l'écartement des bords de la plaie est plus grand et il suinte un peu de sang.

12^e jour. — Le travail de cicatrisation commence, la plaie diminue d'étendue, et ses bords marqués d'une ligne rouge entrent en voie de réparation.

28^e jour. — Malgré les érections qui ont continué à se produire toutes les nuits depuis l'opération, la cicatrisation est à peu près complète. Le malade quitte l'hôpital presque complètement guéri.

Schmidt, revu deux ans après son opération, n'avait pas éprouvé de récidive.

C. PAUL.

DE LA MILIAIRE, par le docteur Ernest BESNIER, médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

Le terme de *miliaire*, employé seul à titre de substantif, ou annexé adjectivement aux mots éruption, affection, etc., s'applique non à une *maladie* proprement dite, mais à une *affection* cutanée éruptive caractérisée par de petites vésicules, à base érythémateuse, comparées pour la forme et le volume aux grains de millet (*milium*), contenant un liquide d'abord transparent, puis opaque, qui disparaît assez promptement sans laisser autre chose qu'une desquamation épidermique très-légère et de peu de durée.

I.—Considérée pendant longtemps, et à bon droit, comme une éruption secondaire et accessoire, commune à diverses maladies, la *miliaire* acquit tout à coup, vers le milieu du dix-septième siècle, une importance de premier ordre aux yeux des médecins; ce fut d'abord à Leipsick (1682), où, une épidémie meurtrière qui avait atteint les femmes en couches ayant été remarquable par la fréquence de la *miliaire*, les praticiens furent à ce point impressionnés par l'affection cutanée intercurrente qu'ils crurent constater une maladie éruptive nouvelle; puis, des épidémies de même nature ayant été observées en différentes régions de l'Allemagne, de l'Angleterre, de l'Italie et de la France, la *miliaire* fut étudiée partout dans le même esprit. Les nombreuses relations qui furent données de ces épidémies témoignent de la plus étrange confusion : toutes les maladies fébriles, toutes les fièvres, toutes les affections exanthématiques devinrent des fièvres miliaires, pourvu qu'une érup-

tion vésiculeuse apparût sur le corps du malade à quelque moment de la maladie, et même quand il n'apparaissait aucune éruption (miliaire larvée); puis les symptômes de toutes ces maladies dissemblables réunies ensemble furent conglomérés, catégorisés et classés pour constituer la plus étrange aberration nosologique que l'on puisse concevoir, aberration qui subsistait encore à la fin du siècle suivant dans toute son intégrité, ainsi qu'on en peut juger par la citation suivante :

« Souvent, dit Borsieri, la maladie miliaire revêt la forme et l'apparence de plusieurs autres affections, afin de mieux tromper le médecin. Nous avons déjà fait remarquer que, parfois, la miliaire simulait l'hystérie et l'hypochondrie, la fièvre intermittente, la fièvre catarrhale et la fièvre rhumatique, la fièvre inflammatoire, la fièvre bilieuse et gastrique. J'indiquerai maintenant d'autres affections dont la maladie miliaire imite si bien la forme et la nature qu'on peut très-difficilement la reconnaître, si ce n'est après l'éruption des pustules; ces affections sont la pleurésie, la péripneumonie, l'angine, le rhumatisme, l'arthrite, l'apoplexie, les insultes épileptiques, la colique néphrétique, l'érysipèle de la face, et autres; mais les plus fréquentes sont les premières mentionnées. Dans ces cas, la matière ou foyer miliaire envahit telle ou telle partie avant de se porter sur la peau, et, fixée sur ces parties, elle en imite les maladies! »

Il y avait cependant déjà longtemps que de Haën avait essayé d'opposer la vérité à cette déviation générale du sens médical, et d'établir que la miliaire, dans les maladies diverses pendant le cours desquelles elle apparaissait, n'était qu'un symptôme secondaire, le plus ordinairement relié aux procédés thérapeutiques de l'époque; mais il n'était parvenu à convaincre qu'une partie des médecins. Toutefois, à partir de ce moment (1760), l'opinion médicale

au sujet de la miliaire fut divisée, et en 1778, lorsque la Faculté de médecine mit au concours la question de l'essentialité de la miliaire puerpérale, Gastelier, qui résolut la question par la négative, ne fit que formuler pour l'affection puerpérale l'opinion que la généralité des médecins de l'époque possédait plus ou moins confusément au sujet de la miliaire *en général*, à ce point que la non-essentialité fut immédiatement étendue à toutes les espèces de miliaire, malgré les protestations de Gastelier lui-même, qui déclara ne refuser l'essentialité qu'à l'espèce puerpérale, mais la conserver expressément à l'espèce épidémique.

Ce n'est donc pas sans un étonnement extrême que l'on voit, en 1781, Borsieri reprendre pour son compte, comme nous l'avons déjà indiqué, toutes les erreurs de ses devanciers pour les réunir en faisceau, reconstituer la plus injustifiable des conceptions nosologiques, et, apportant une passion singulière dans la discussion, aller jusqu'à suspecter la bonne foi des médecins qui ont conclu à la non-essentialité : « Tout récemment, dit-il, et comme ennuyés de l'opinion communément reçue, et la plus vraie, la plupart des médecins de Paris, *race changeante et amoureuse de la nouveauté*, ont, peu à peu, adopté l'avis qui tient les exanthèmes miliaires des femmes en couches pour différents des exanthèmes communs et épidémiques, et les considère comme seulement symptomatiques..... *C'est, sans doute, pour plaire à la Société de médecine de Paris*.... que Planchon et Gastelier répondirent par un commentaire particulier que les exanthèmes miliaires survenant chez les femmes en couches ne sont pas une maladie essentielle ou primitive, mais une maladie symptomatique... »

Il ne faudrait pas croire que la confusion des affections les plus diverses sous le nom de miliaire ait universellement cessé aujourd'hui, et le professeur Hebra donne à cet égard un témoignage important à recueillir. « J'ai été

amené, dit l'éminent professeur de Vienne, à cette opinion (que la miliaire sert encore, dans quelques pays, de dénomination à diverses affections dont elle n'est qu'une complication), non-seulement par des conversations répétées avec des médecins tels que Helm et Cipriani, qui ont longtemps exercé dans ces contrées où l'on observe, *dit-on*, la *Miliaria endemica*, mais encore par les observations que j'ai eu occasion de faire dans les hôpitaux de l'Italie. *J'ai vu souvent le mot « MILIARIA » inscrit sur la feuille placée à l'extrémité du lit du malade; mais celui-ci était toujours en réalité affecté de simples SUDAMINA, ou de QUELQUE AUTRE MALADIE CUTANÉE, ou encore il souffrait du TYPHUS, d'une LÉSION DU CŒUR, de RHUMATISME, ou bien il avait subi, récemment, l'ACTION de l'AIR CONFINÉ.* »

En fait, depuis le commencement du siècle actuel, à part quelques exceptions rares, la miliaire n'est plus considérée que comme une éruption secondaire, commune à divers états morbides, reliée à diverses médications internes ou externes, ou bien encore à certaines conditions de pays, de climat et de température; et, depuis que la *suette* est nettement distinguée, en même temps que le diagnostic général a acquis un plus grand degré de précision, il n'est plus question de *maladie* ni d'*épidémie* miliaires. Les auteurs des traités classiques les plus récents, ou ne mentionnent pas la miliaire, ou ne la signalent que pour déclarer expressément qu'il n'existe que des éruptions miliaires symptomatiques, et aucun état pathologique indépendant, méritant le nom de *fièvre miliaire*.

Il faut faire quelques exceptions cependant, et d'abord pour un nosologiste éminent, Élie Gintrac, de Bordeaux, qui, tout en reconnaissant que la miliaire n'est, *le plus ordinairement*, qu'un épiphénomène, est disposé cependant à admettre encore (1859) l'existence d'une *fièvre miliaire essentielle*. Ce savant clinicien a réuni et recueilli quelques

observations qui lui paraissent convaincantes, mais qu'il considère cependant lui-même comme de simples matériaux « pouvant servir à l'histoire encore bien incomplète de cet exanthème ; » aucune de ces observations n'est de nature à entraîner la conviction, et la preuve de l'existence d'une pyrexie exanthématique miliaire ayant une individualité propre est encore tout entière à faire. De ce que la miliaire accompagne parfois certaines fièvres éphémères, certaines fébricules qu'il est difficile de classer, il n'en résulte, en aucune manière, la démonstration de la spécificité de cette association symptomatique accidentelle ou accessoire, et il serait tout aussi légitime de créer une pyrexie nouvelle sous le nom de fièvre à taches bleues pour les états pathologiques analogues dans lesquels on rencontre les macules cyaniques ou taches ombrées, que de donner aux premières la qualité de fièvre miliaire parce qu'elles se sont accompagnées de miliaire. Dans le premier comme dans le second cas, il s'agit, en effet, d'éruptions banales dont la nature et le mécanisme sont encore obscurs, mais qui, du fait de leur banalité même, sont absolument incapables de servir à caractériser une affection essentielle.

Bazin (1862) admet bien une fièvre miliaire idiopathique, mais, dit ce savant et illustre dermatologiste, non pas telle « que l'ont comprise certains auteurs qui semblent avoir emprunté leurs descriptions à toutes les parties du cadre nosologique ; » il lui refuse toute assimilation avec les fièvres éruptives, « dont elle ne présente ni la marche, ni le mode d'évolution, ni la gravité pronostique, ni les propriétés contagieuses. Maladie toujours bénigne, la miliaire essentielle ou pseudo-exanthématique est, au contraire, remarquable par le petit nombre et la simplicité des phénomènes. Elle s'annonce par un peu de fièvre, de malaise, d'anorexie, de lassitude dans les membres; un prurit assez vif et des picotements se font sentir à la peau; puis les

sueurs se déclarent, presque aussitôt suivies de l'apparition des macules caractéristiques. » On le voit, non-seulement la fièvre miliaire, réduite à ces proportions, perd singulièrement de son importance, mais aussi de son individualité, car il est aisé de reconnaître que la fièvre miliaire de Bazin n'a plus aucune analogie avec celle de Gintrac, laquelle s'applique à un *complexus symptomatique* polymorphe et souvent d'une assez grande gravité.

Dans un travail remarquable, publié en 1862, A. Guéniot envisage la question sous un point de vue différent : il cherche à établir par des faits cliniques que la proscription qui a frappé les fièvres miliaires n'est pas légitime, « et qu'il existe réellement, chez les nouvelles accouchées, une maladie autrefois presque toujours regardée comme une expression de la fièvre miliaire et rarement comme une fièvre *pétéchiale*, maladie presque constamment, il est vrai (sinon toujours), accompagnée d'une éruption miliaire, mais ayant des rapports symptomatiques, et, peut-être aussi, des affinités pathologiques si nombreuses avec la scarlatine que, malgré le danger qui résulte de l'emploi d'un mot nouveau, il a cru devoir l'appeler *scarlatinoïde puerpérale*. » Mais c'est là, on le voit, d'après les propres paroles de l'auteur lui-même, tout autre chose qu'une fièvre miliaire essentielle ; l'éruption vésiculeuse qui accompagne la scarlatinoïde n'est pas autre que celle qui accompagne la scarlatine, et l'examen de cette partie de la question doit être rattaché à l'étude de la scarlatine.

II.—On ne trouve, même dans les ouvrages les plus récents, aucune indication précise sur les *conditions histologiques* de la miliaire ; cela se comprend aisément d'ailleurs, en présence des difficultés toutes particulières qui sont inhérentes à l'étude d'une lésion anatomique superficielle éphémère, et dont les caractères peuvent disparaître si complètement sur le cadavre. Il est possible cependant aujourd'hui

d'indiquer quelques points de fait pleins d'intérêt, et qui éclairaient vivement ce côté jusqu'ici tout à fait obscur de la question.

La *vésicule miliaire* a pour siège l'*épiderme*, à la surface duquel elle fait saillie lorsque son développement est complet, elle naît aux dépens des *cellules* de la couche muqueuse de l'*épiderme*, cellules qui sont, on le sait, de véritables *vésicules distendues par un liquide transparent*. Sous l'influence de la cause d'irritation, émanée du dehors ou du dedans, qui préside au développement de l'affection, il se produit une hypersécrétion du liquide normal, qui distend les éléments cellulaires au point de les rompre et de constituer par l'ouverture de plusieurs cellules voisines, et la réunion du liquide qu'elles contenaient, une vacuole, laquelle peut s'agrandir encore soit par augmentation du liquide contenu, soit parce que d'autres groupes de cellules voisines se sont ouvertes dans la vacuole première (Cornil, A. Charpy). Quant à la question de savoir si les vésicules se développent indifféremment aux dépens des cellules du corps muqueux proprement dit, ou aux dépens des cellules et de la cavité de l'ostium des conduits sudoripares, c'est là un point qui demande encore de nouvelles recherches.

Ce processus irritatif ou hypernutritif peut aboutir à son terme ultime, c'est-à-dire à la production de la vésicule, sans qu'il apparaisse au-dessous de celle-ci, ni autour d'elle, aucune trace de congestion *dermique*, aucun changement de couleur à la peau; la vésicule reste alors, généralement, transparente et a une durée très-éphémère; elle correspond à ce que l'on désigne en clinique sous le nom de *sudamina*; dans d'autres circonstances, la vésicule conserve encore sa transparence pendant toute sa durée, mais en l'examinant de près, et surtout à la loupe (mode d'examen que nous ne saurions trop recommander aux cliniciens pour l'étude de toutes les lésions élémentaires

de la peau), on constate autour de la vésicule une auréole rosée extrêmement légère, qui n'est autre que la congestion périphérique des vaisseaux les plus superficiels du corps papillaire, congestion primitive ou secondaire, et perçue à travers la demi-transparence de l'épiderme; dans d'autres cas, enfin, la coloration rouge en nappe ou en taches isolées précède manifestement le développement de la vésicule ou coïncide avec son apparition. Toutes ces formes se trouvent fréquemment réunies chez le même malade : au moment où je trace cette description d'après nature, j'observe dans mes salles, à l'hôpital Saint-Louis, un sujet atteint de rhumatisme articulaire aigu, chez lequel j'ai constaté et fait constater aux assistants de petites vésicules absolument cristallines d'abord sur la surface antérieure de l'abdomen, puis, les jours suivants, sur les mêmes régions et sur les bras de petites vésicules cristallines entourées d'une auréole rosée, tandis que la face dorsale du tronc, envahie par une teinte érythémateuse générale intense, présentait une éruption confluente de vésicules miliaires typiques évoluant par poussées successives, les unes transparentes, les autres opaques, et affectant toutes les dimensions, depuis le point perceptible à la loupe seulement jusqu'à celle d'une phlycténule atteignant les dimensions d'une vésicule de varicelle. Si donc il est juste de conserver la distinction clinique établie entre les *sudamina* et la miliaire, il faut savoir reconnaître qu'ils ne diffèrent pas anatomiquement l'un de l'autre (Charpy), à moins que ce ne soit par le siège peut-être plus superficiel dans les premiers, ou peut-être encore en ce que les *sudamina* occuperaient des points indéterminés de l'épiderme, tandis que la *miliaire* aurait pour siège le pore sudoral lui-même distendu par le produit des cellules occupant et constituant le conduit lui-même (Cornil).

On considère généralement comme *acide* le liquide des

vésicules dites sudorales, et cette observation n'a pas peu contribué à l'opinion, non fondée, qui consiste à voir de simples infiltrations sudorales dans la miliaire ou les *sudamina*; quelques auteurs, d'autre part, affirment au contraire que ce même liquide est *alcalin*. La vérité est que le contenu des vésicules est tantôt acide, tantôt alcalin, tantôt neutre, *ainsi que toutes les sécrétions morbides ou normales de la peau* dont la réaction varie suivant certaines circonstances qui n'ont pas été assez étudiées. Pour les *sudamina* ou la miliaire, la réaction est généralement acide dans les premières poussées de vésicules ou quand on examine celles-ci à l'état récent; mais nous pouvons affirmer, d'après nos observations, que cette réaction n'est pas *permanente*, et que si l'on multiplie les recherches sur un même malade, on trouvera un certain nombre de vésicules à contenu acide, d'autres à réaction alcaline, et quelques-unes enfin sans action appréciable sur les papiers réactifs.

En même temps que le liquide exsudé, un certain nombre de *leucocytes* pénètrent dans les espaces cellulaires qui constituent les vésicules, et ils y existent dès le début, même dans celles qui sont et qui restent tout à fait transparentes; mais dans la miliaire vraie l'irritation congestive du réseau vasculaire superficiel est assez prononcée pour que les leucocytes augmentent rapidement et produisent l'aspect laiteux de la miliaire blanche; c'est, toutefois, à titre tout à fait exceptionnel, que le contenu de la vésicule est réellement purulent; le liquide qu'elles contiennent n'a aucune qualité concrescible, il ne présente jamais le caractère gommeux du liquide émané de l'eczéma, et il ne forme, quand la vésicule est rompue, aucune croûte proprement dite.

Quelquefois, mais exceptionnellement, et dans certains états dyscrasiques, la congestion qui préside au développement de la miliaire est hémorrhagipare, et en même

temps que la tache devient livide, quelques hématies (ou ou moins leur matière colorante) pénètrent dans la vésicule, dont elles colorent le liquide en rouge.

III. — Les vésicules miliaires, nées suivant le processus que nous venons d'indiquer, peuvent avoir leur siège sur la totalité du tégument externe, mais avec quelques lieux particuliers d'élection : à la face, on les rencontre surtout à la région frontale, au voisinage du cuir chevelu ; sur les membres supérieurs, dans le sens de la flexion ; à la région dorsale chez les sujets qui, comme les rhumatisants, affectent le décubitus prolongé en supination ; sur la face antérieure du tronc, au-devant des régions axillaires et inguinales, chez les scarlatineux ; chez les femmes en couches, aux régions de l'abdomen, etc.

L'affection constituée, si l'on examine attentivement les régions atteintes, on constate, faisant saillie à la vue et au toucher sur la surface érythémateuse, une multitude de petites vésicules de volume inégal, quelques-unes extrêmement petites, bien que déjà opalescentes ; d'autres plus volumineuses, bien que transparentes encore, le plus grand nombre correspondant sensiblement au volume moyen du grain de mil ; et quelques-unes enfin, mais plus rarement, soit isolément, soit par agglomération de plusieurs vésicules voisines, atteignant une dimension plus considérable. Si l'affection est peu intense et qu'il n'y ait qu'une seule poussée éruptive, les vésicules, en partie déchirées par le frottement ou par le grattage, ou spontanément affaissées par résorption de leur contenu, ne tardent pas à s'effacer en même temps que la base érythémateuse pâlit ; et, au bout de très-peu de jours, on ne constate plus que quelques rares petites croûtes sanguines, si quelques points ont été excochés par le grattage, quelques fragments épithéliaux ou quelques lacunes superficielles circonscrites par une fine collerette épidermique. Si, au contraire, le

molimen éruptif est prolongé ou s'il se répète à intervalles peu éloignés, on voit apparaître de nouvelles vésicules en même temps que les premières disparaissent, et ainsi de suite pendant la durée de l'affection.

Ces caractères sont ceux du *genre* tout entier et classent naturellement la miliaire dans les affections vésiculeuses; ils sont sensiblement les mêmes dans les diverses circonstances pathologiques au milieu desquelles elle prend naissance, et constituent par conséquent un genre anatomique naturel; aussi le diagnostic anatomique ne présentera-t-il en général aucune difficulté.

La *roséole miliaire* (roséole compliquée de la production de vésicules) se distinguerait de la miliaire, d'après Bazin, en ce que les vésicules sont relativement rares et éparses sur quelques points isolés, et aussi parce que les sueurs font défaut; mais on ne peut nier, ajoute Bazin, « qu'il existe un certain lien de parenté entre la miliaire proprement dite et cette variété de roséole. »

L'*eczéma rubrum*, à son début, présente une analogie réelle d'aspect avec certaines formes de miliaire, et il y a lieu de préciser les conditions de ce diagnostic qui n'ont été mieux indiquées par aucun auteur que par Gibert : « La miliaire, dit-il, diffère de l'*eczéma*, en ce qui a trait seulement à l'affection cutanée, par les caractères suivants : Les vésicules isolées les unes des autres, quoique rapprochées, forment un semis qui recouvre des surfaces plus ou moins étendues. On ne voit point ces *groupes* séparés par des intervalles de peau saine qui se remarquent si souvent sur différents points de l'*eczéma*, groupes dans lesquels plusieurs vésicules se confondent quelquefois et deviennent confluentes. Dans l'*eczéma* les vésicules sont fort petites au début, mais se confondent assez souvent plusieurs ensemble et durent deux, trois, quatre jours au plus, puis des excoriations suintantes et squameuses leur

succèdent... Dans la miliaire, les vésicules se développent régulièrement pendant un nombre de jours plus grand, acquièrent le volume et l'aspect d'un grain de millet, puis se dessèchent au bout de cinq ou six jours en petits débris furfuracés qui permettent de reconnaître la trace des vésicules, et ne persistent pas plus de quelques jours, en sorte qu'en une ou deux semaines (et souvent dans un temps moins long), l'éruption a parcouru toutes ses périodes, même lorsqu'elle s'est accompagnée de l'inflammation la plus vive, ce qui s'observe notamment dans les éruptions miliaires produites par des applications irritantes, que quelques praticiens connaissent sous le nom d'*érysipèle miliaire*. Jamais cette éruption ne passe à cet état qu'Alibert a décrit sous le nom d'*herpes squamosus madidans*, et qui est, au contraire, la forme la plus commune sous laquelle l'eczéma se présente à l'observation du praticien. »

Les phénomènes subjectifs liés à l'éruption miliaire elle-même sont peu nombreux, et variables suivant les conditions qui ont présidé à son développement; d'une manière générale il sont proportionnés à l'intensité de l'éruption et consistent dans des sensations diverses de chaleur, de tension, de prurit, de fourmillement et de picotement; parfois il précèdent le raptus éruptif, mais, le plus ordinairement, ils l'accompagnent et ne lui survivent pas, si ce n'est dans certaines formes de miliaire provoquée. La réaction fébrile, quand elle existe, n'est jamais le résultat direct de la miliaire, qui peut exister, comme nous le verrons plus loin, au plus haut degré, sans provoquer aucune fièvre; une seule exception pourrait être faite pour certains cas de miliaire artificielle tels que la miliaire hydrargyrique, ou bien encore pour quelques cas de miliaire sudorale provoquée chez une femme dans l'état puerpéral, mais ces exceptions sont heureusement très-rares aujourd'hui.

IV. — Il est évident, par la multiplicité même des conditions morbides au milieu desquelles on voit apparaître les éruptions miliaires, que l'irritation cellulaire d'où elles émanent directement peut naître sous des influences diverses, *internes* ou *externes*, mais il est souvent bien difficile, au milieu de la complexité des phénomènes morbides, de préciser le rapport qui unit l'effet à la cause, en un mot, de déterminer la condition pathogénique directe de l'affection; on peut cependant, en passant des faits les plus simples aux plus *composés*, entrevoir quelques particularités importantes et apporter quelque lumière au milieu de cette obscurité. Dans le plus grand nombre des cas, par exemple, il est aisé de constater que l'existence d'une température élevée de la peau et d'une diaphorèse plus ou moins abondante coïncide avec le développement de l'éruption miliaire; il s'agit donc de rechercher d'abord quels sont les rapports de ces phénomènes, s'ils sont simplement connexes ou si, au contraire, ils peuvent être hiérarchisés; c'est ce que nous allons faire en considérant : 1° la miliaire apyrétique des pays chauds ou des saisons chaudes; 2° la miliaire qui survient dans le cours des affections fébriles.

Chomel était absolument dans l'erreur quand il déclarait que la miliaire ne se montrait que chez des sujets atteints de maladies fébriles; cette éruption peut, non-seulement être apyrétique quand elle est locale, mais encore elle peut être généralisée et persistante, sans s'accompagner de fièvre.

Le type de la miliaire apyrétique peut être observé parfois dans notre climat, mais le plus souvent à l'état de réduction, et sous forme d'éruptions partielles et éphémères; c'est, au contraire, un état dermopathique très-commun dans les régions qui sont soumises, *pendant une période longtemps continue*, à des chaleurs excessives.

Bontius, décrivant les maladies des Indes, fait mention

d'une éruption de papules très-prurigineuses, qui se développe en même temps que les sueurs excessives, se produit chez toutes les personnes récemment arrivées, sans qu'aucun habitant soit à l'abri de ses atteintes ; c'est cette affection que l'on désigne en dermatologie, conformément à la lettre de la description de Bontius, sous le nom de *Lichen tropicus* ; mais, sauf le mot de vésicule, cette description se rattache absolument à ce que les Anglais appellent *prickly-heat*, les Italiens *calori*, et les habitants des Antilles *boutons chauds* ou *bourbouilles*. D'après Rufz de Lavison, à la Martinique, pendant les grandes chaleurs, la peau de « toute personne bien portante » se couvre d'une teinte érythémateuse d'un rouge vif sur laquelle apparaît une éruption très-abondante de petites *vésicules miliaires* très-rapprochées, en même temps que survient une vive démangeaison ; la durée de cette efflorescence est de plusieurs semaines, elle peut récidiver plusieurs fois sur la même personne dans la même saison, et elle est suivie de desquamation furfuracée. Dans les mêmes régions, il est extrêmement remarquable de noter que, d'après les recherches très-précises de ce savant médecin, les *sudamina* sont *plus rares* qu'en Europe dans les affections fébriles, circonstance bien propre à justifier la distinction clinique établie entre les vésicules cristallines et la miliaire vraie. Les mêmes observations et les mêmes remarques sont faites par l'un des médecins les plus distingués qui aient pratiqué aux Antilles, le docteur Saint-Vel, qui donne de la miliaire sudorale des pays chauds une description très-claire et très-précise qu'il n'est pas inutile de reproduire ici pour vulgariser des notions insuffisamment répandues : « A certaines époques de l'année, dit Saint-Vel, de juin à novembre, pendant les chaleurs accablantes de l'hivernage, on voit apparaître une éruption prurigineuse de très-petites vésicules, connues sous le nom de *boutons chauds*,

de *bourbouilles*. Peu de personnes en sont exemptes ; elle affecte de préférence les Européens. Elle est liée à la transpiration, *sans en dépendre nécessairement*, car il est des personnes qui transpirent abondamment sans jamais avoir eu de *bourbouilles*. Extrêmement incommode par le *prurit* qu'elle occasionne et qui s'exaspère aux heures les plus chaudes du jour, cette éruption amène chez les enfants et chez les personnes nerveuses un état d'éréthisme insupportable. Ces petites vésicules sont réunies par groupes sur les parties internes des avant-bras, sous les aisselles, autour des poignets, sur les épaules, autour du cou, derrière le dos, au devant de la poitrine, sur l'épigastre et les hypochondres. Leur apparition est *précédée d'une rougeur érythémateuse* sur laquelle elles tranchent par leurs élevures qui donnent à la main une sensation rude. Cette efflorescence dure plusieurs semaines et peut récidiver plusieurs fois dans la même saison ; elle disparaît avec le retour des fraîcheurs, sans inconvénient pour la santé générale. C'est la seule forme que la miliaire présente aux Antilles. Il est extrêmement rare de rencontrer des *sudamina*, comme on en observe, dans les pays tempérés, dans les exanthèmes fébriles, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la phthisie. On les constate, exceptionnellement, dans la fièvre jaune et dans les fièvres palustres pseudo-continues. La suette miliaire ne semble pas appartenir à la pathologie des pays chauds. »

« Les éruptions miliaires des pays tropicaux ou des saisons chaudes sont évidemment dues à la cause même qui provoque la sueur, et non directement à la diaphorèse, qui certainement peut exister et existe le plus ordinairement même à un degré intense, sans donner lieu à aucune éruption ; mais la question n'est pas aussi simple dans la miliaire symptomatique ou intercurrente. Toutefois il ne saurait être contesté que toutes les maladies dans lesquelles on

voit apparaître le plus ordinairement cette miliaire intercurrente sont au nombre de celles dans lesquelles la température est très-élevée ; ces maladies, il est vrai, sont aussi fréquemment accompagnées de sueurs plus ou moins profuses, mais la relation n'existe plus ici aussi régulièrement entre les deux phénomènes : tantôt les sueurs manquent ou n'apparaissent qu'après la miliaire ; tantôt, et beaucoup plus souvent, il y a des sueurs profuses sans que la miliaire apparaisse. D'autre part, le problème se complique de l'existence d'un état pathologique d'ordre variable, mais ayant ordinairement une certaine gravité, soit par sa nature même, soit par son intensité exceptionnelle ; il faut enfin, dans certaines circonstances, tenir compte des agents médicamenteux qui ont été administrés ou des conditions antérieures auxquelles le malade a été soumis.

Il était tout naturel qu'à une époque où l'analyse nosologique était extrêmement difficile en raison même de la confusion des genres et des espèces morbides, on fût frappé de la corrélation des deux phénomènes les plus saillants : état morbide grave et éruption vésiculeuse, et que l'éruption ait été considérée comme une sorte de mouvement centrifuge des humeurs morbides, des lochies altérées dans l'état puerpéral, du « miasme ou du virus miliaire » dans la malaria miliaire (suette), du pus dans les affections pyohémiques, etc. Mais il ne nous semble pas que des opinions de cet ordre puissent subsister aujourd'hui, à moins qu'il n'en soit fourni de démonstration péremptoire, et rien de précis n'autorise à admettre qu'il y ait dans les éruptions miliaries un transfert *métastatique* ou un *raptus critique* dans le sens de processus éliminatoire. Il est infiniment plus vraisemblable que l'hyperthermie *continue*, commune à tous ces états pathologiques, est la cause réelle de l'irritation cellulaire et de la congestion vasculaire qui sont les éléments productifs directs de la mi-

liaire; hyperthermie dont l'action sur la peau dépend soit des conditions individuelles du sujet, soit des conditions pathologiques créées par la maladie primitive. Ce serait assurément chose séduisante que d'admettre l'idée ancienne de l'évacuation critique appropriée aux doctrines modernes, comme le faisait, par exemple, Trousseau, qui voyait la cause directe de la miliaire dans une sécrétion abondante de sueurs imprégnées d'éléments morbides puisés à un foyer pyohémique ou toxique quelconque; mais c'est là une hypothèse bien contestable; il faudrait, pour l'établir, démontrer que l'élément anatomique de la miliaire a son siège dans l'appareil sudoral, et expliquer les cas dans lesquels la sueur n'existe pas, ou indiquer la raison pour laquelle dans tant d'autres circonstances cette sueur « imprégnée d'éléments morbides » ne donne naissance à aucune efflorescence cutanée.

Quoi qu'il en soit, il nous reste à jeter un coup d'œil rapide sur les groupes morbides principaux dans lesquels ont été observées les éruptions miliaires, ajoutant seulement, à titre de remarque générale, que dans l'époque actuelle, et dans les climats excessifs aussi bien que dans notre climat tempéré, ces éruptions miliaires sont, en somme, assez rares, et que leur influence sur la marche et les terminaisons des maladies qu'elles compliquent est absolument contestable.

Dans la *suette* l'éruption miliaire est à peu près, mais non pas absolument constante; elle survient du troisième au dixième jour, mais sans aucune époque régulière d'apparition; ses caractères cliniques n'offrent rien de spécial, si ce n'est sa généralisation; elle n'a pas de valeur pronostique particulière, si ce n'est que les poussées cessent quand la suette entre dans sa période de déclin.

Dans la *scarlatine*, la miliaire ne se généralise guère comme dans la suette; elle reste le plus ordinairement lo-

calisée à la région cervicale, à l'aîne, au-devant de la région axillaire, c'est-à-dire aux lieux mêmes d'élection de l'exanthème scarlatineux; quand elle est spontanée, elle se manifeste alors *dès le début*, et constitue de fait un signe diagnostique très-positif; à une époque plus avancée elle se relie plus particulièrement à l'excitation artificielle du tégument, et elle appartient, en ce cas, surtout aux malades qui ont été confinés et soumis à une température excessive; ses caractères n'offrent rien de spécial, sa durée est éphémère comme celle de l'éruption sur laquelle elle se greffe. Dans la variole, mais plus rarement, on peut l'observer à toutes les périodes comme satellite de l'éruption spécifique. On l'a notée également dans quelques cas de *rougeole*, mais à titre exceptionnel.

Dans les *phlegmasies pulmonaires*, simples ou tuberculeuses, dans toutes les *affections rhumatismales fébriles*, dans les *typhus*, et spécialement dans les formes graves ou anormales de ces diverses affections, dans les *fièvres intermittentes* (mais beaucoup plus rarement à cause de l'intermittence même de l'hyperthermie), etc., on peut observer des éruptions miliaires qui n'ont aucun caractère clinique particulier, ni aucune valeur pronostique absolue.

Dans les diverses formes d'*infection puerpérale*, on peut voir apparaître des éruptions miliaires qui n'ont aucun caractère spécifique, aucune époque d'apparition régulière, et qui ne diffèrent en rien des autres miliaires secondaires; elles appartiennent soit aux miliaires sudorales simples (cas bénins, les plus rares), soit surtout aux formes pyohémiques, et c'est là ce qui explique la terreur qu'inspirait l'apparition de la miliaire à une époque où l'infection puerpérale était encore à peu près inconnue.

On a noté, enfin, la miliaire dans les affections les plus diverses : la « *gastrite* », l'*hépatite*, la *méningite*, etc., mais sans que l'éruption ait dans aucun de ces cas acquis

une valeur autre que dans les cas précédemment indiqués.

Nous ne mentionnons ici que pour mémoire les *affections miliaires artificielles* dues à l'usage externe (et interne?) des *préparations mercurielles, sulfureuses, etc.*, consécutives aux applications d'emplâtres irritants divers, dont l'*emplâtre de thapsia* fournit aujourd'hui le type le plus commun.

La miliaire, provoquée ou non, peut-elle, parfois, acquérir une intensité assez considérable pour devenir elle-même, cause d'un état morbide particulier, ou bien aggraver, par cette intensité même du processus éruptif, l'état pathologique préexistant? C'est là une opinion qui a souvent été émise et qui semble peu discutable au premier abord. Cependant il faut faire les réserves les plus expresses et examiner si, en réalité, dans les cas dont il s'agit, on avait positivement affaire à une miliaire, et dans cette dernière hypothèse, si c'est bien à l'éruption qu'est due l'aggravation de la maladie et non à la maladie elle-même, ou à quelque complication viscérale méconnue. Examinez, par exemple, un des faits de ce genre les plus récemment publiés, et que Trousseau a rapporté dans la XIII^e leçon de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* de Paris, en traitant de la miliaire sudorale des femmes en couche : Il s'agit d'une jeune dame nouvellement accouchée, et qui était gardée par une vieille femme encore imbue des préjugés du siècle dernier; la malade était restée croupissant dans ses lochies, ne changeant pas de linge, écrasée d'onate et de couvertures, afin, prétendait-on, de faire passer le lait. « Dès le sixième jour de la maladie, elle avait des éruptions scarlatiniformes; quatre jours plus tard, un « ECZÈMA » couvrait tout le corps avec une confluence et une violence épouvantables. La figure s'allumait, il survenait du délire, et la pauvre jeune femme mourut victime du plus odieux et du plus dangereux des

préjugés. » En admettant même que le mot « *eczéma*, » employé par Trousseau, soit ici exactement appliqué, est-il établi par cette observation, ou par d'autres analogues, que l'exanthème sudoral dont il est question ait réellement *causé* la mort de la nouvelle accouchée? Évidemment non, et si l'abus d'ouate et de couvertures qui a été fait ne doit pas être innocenté, ne voit-on pas que le fait d'être restée « croupissant dans les lochies », c'est-à-dire d'avoir été maintenue dans les conditions les plus propres à produire l'autopuerpérisme infectieux, occupe ici le premier rang? C'est donc là une question à remettre à l'étude à l'aide de faits plus complètement observés et moins discutables.

VI.—Le traitement de la miliaire, quand il y a lieu d'en instituer un, repose essentiellement sur l'éloignement des causes qui l'ont provoquée ou qui favorisent son développement; il n'est autre que celui des efflorescences les plus légères de la peau : boissons tempérantes, bains émollients quand l'état général le permet, application de poudres anodines, etc.; on prendra soin de veiller à ce que le malade ne soit couvert que dans la mesure déterminée par la saison et par l'état morbide protopathique, et s'il y a des sueurs profuses, on changera les linges et surtout les vêtements de laine aussi souvent que cela sera utile.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA NOSOGRAPHIE DU
PURPURA HOEMORRHAGICA ET DES AFFECTIONS
PÉTÉCHIALES, par le D^r HUMBERT-MOLLIÈRE, ancien
interne des hôpitaux, chef de clinique médicale à l'Ecole
de Lyon, lauréat de la faculté de Montpellier.

Ayant eu, pendant le cours de notre internat et de nos fonctions de chef de clinique médicale, l'occasion de voir un certain nombre de cas de purpura hémorrhagique, nous avons cherché à vérifier, d'après l'étude de ces faits, les descriptions des auteurs. Nous nous sommes demandé si la maladie de Werlhoff était bien une entité morbide, comme la plupart d'entre eux l'admettaient, ou au contraire si la pétéchiase n'était qu'un symptôme propre à plusieurs affections caractérisées pour la plupart par une altération plus profonde dans la composition du sang, et des désordres du côté du système nerveux qui préside à la contraction des petits vaisseaux.

Le purpura hemorrhagica ou maladie de Werlhoff (*morbus maculosus Werlhoffii*) a été décrit pour la première fois il y a plus d'un siècle, par l'auteur dont il porte actuellement le nom, premier médecin du roi d'Angleterre à Hanovre, qui l'étudia avec soin et imagina pour le guérir un traitement dont l'expérience a confirmé par la suite l'efficacité (1). Wichmann, qui occupa le même poste que Werlhoff après la mort de Zimmermann, arrivée en 1793, a fait aussi des recherches intéressantes sur cette maladie

(1) Werlhoff (P. G.) opera medica collegit et auxit J.-E. Wichmann, Hannoveræ, 1773, in-4^o, p. 340, 748 et 423.

dans son traité du *Diagnostic*, écrit en allemand ; mais il s'attacha moins à en décrire la marche et les symptômes ou à perfectionner la manière de la traiter, qu'à indiquer les signes qui la distinguent du scorbut et des différentes affections pétéchiales. Après les travaux de ces auteurs, on ne rencontre plus dans la littérature médicale que des observations éparses jusqu'à la très-remarquable dissertation de Gauthier-Bellefonds, médecin à Lyon (1). D'après lui, cette maladie est plus fréquente dans le nord de l'Europe que dans nos contrées ; il n'est donc pas étonnant que les médecins allemands l'aient signalée avant nous. De l'analyse de tous les faits observés avant lui, Gauthier-Bellefonds conclut que la maladie de Werlhoff est caractérisée par trois symptômes essentiels à peu près constants : les taches de la peau, les hémorrhagies qui ont lieu par quelques-unes des surfaces muqueuses, l'apyrexie ou absence de fièvre : ce qui nous paraît même aujourd'hui parfaitement exact, sauf peut-être le dernier symptôme qui ne nous a point paru aussi constant (Observ. VII). L'auteur termine par une théorie raisonnée de la maladie. Il paraît bien convaincu avec Wichmann et Vogel que cette affection n'est pas le scorbut, comme quelques médecins se plaisent à l'appeler, et il laisse entrevoir qu'il lui trouve plus de ressemblance avec les fièvres adynamiques qu'avec la maladie de Lind. Toutefois un ancien médecin de notre ville, Gilibert, pensait qu'il était plus exact de la considérer comme une anomalie de la circulation, et de la ranger parmi les ataxies, car on n'a pas suffisamment observé que dans certaines fièvres malignes les symptômes semblent bornés au dérangement du système circulatoire.

(1) Essai sur la maladie tachetée hémorrhagique de Werlhoff (*morbus maculosus hemorrhagicus Werlhoffi*), par le Dr Jacques-Emmanuel Gauthier-Bellefonds, médecin à Lyon. — Strasbourg, — Paris, 1811, in-4°.

Nous avons cru devoir entrer dans ces quelques détails d'histoire, d'autant plus qu'ils nous permettent de juger combien la question a peu fait de progrès depuis la découverte de Werlhoff. Cette théorie singulière et ingénieuse d'un état ataxique des vaisseaux n'est-elle pas à peu près celle qu'invoquent certains physiologistes contemporains sous le nom de trouble de l'innervation vaso-motrice par contracture de la tunique musculaire des petits vaisseaux ? C'est ainsi que tout dernièrement Brown-Séquard (1) est arrivé à déterminer des hémorrhagies spontanées de la région auriculaire, en pratiquant certaines lésions expérimentales de l'axe cérébro-rachidien. Il en est de même encore de cette confusion des taches de purpura avec les ecchymoses et les pétéchies. Jaccoud, dans son livre que l'on peut considérer comme représentant l'état actuel de la science, réunit dans un seul chapitre le scorbut et le purpura, tant sont grandes pour lui les ressemblances qui existent entre ces deux maladies. Niemeyer (2), après avoir décrit sommairement la forme aiguë à laquelle on a plus spécialement attaché le nom de Werlhoff, passe rapidement à l'histoire de l'hémophilie qu'il résume avec précision et sans entrer dans toutes les exagérations qu'a suggérées cette singulière maladie. Toutefois, malgré son laconisme, nous trouvons heureux ce rapprochement tacite des deux affections. Ici se bornera notre histoire et nous renvoyons au livre de Jaccoud pour de plus amples informations. Le lecteur verra ce qu'une apparente richesse de documents cache de pénurie véritable.

Nous allons donc examiner les diverses causes invoquées pour l'explication des phénomènes et nous nous demande-

(1) *Société de biologie. — Discussion sur l'othématome*, et *Archiv. of scientific and practical medicine*, n° 2, février 1873.

(2) Niemeyer, 1^{re} édition, trad. Cullmann et Sengel, 1866, t. II, art. Purpura.

rons si véritablement le purpura hemorrhagica est bien une entité morbide, ou si l'on doit le considérer au contraire seulement comme un symptôme, une expression symptomatique d'un certain nombre de maladies générales (dyscrasies, infections du sang), primitives (hémophilie), ou secondaires (purpura senilis).

De la sorte le purpura ne sera donc plus qu'un symptôme de maladies très-diverses, et les taches pourprées devront être rapprochées des ecchymoses et des pétéchies, dont le mode de production est à peu près le même.

On a invoqué comme étiologie de cet état morbide singulier, des causes fort nombreuses et presque banales tant elles sont variées. On a parlé tout d'abord et sans preuves d'une fragilité anormale des capillaires, lésion qui n'aurait été constatée *de visu* que dans un seul cas, celui de M. Wilson Fox, qui rencontra dans une autopsie quelques-uns des capillaires voisins des pétéchies affectés de dégénération lardacée (amyloïde) (1).

Notre observation peut être invoquée comme un second exemple de ce genre, car la malade dont il était question était manifestement hémophile. C'est donc à cette prédisposition, à cette diathèse en un mot, que chez elle le purpura devait son origine. Il en sera encore de même des autres causes débilitantes : émotions morales vives (obs. I et II), courbature (observ. II), hémorrhagies antérieures (observ. IV), affections du foie restreignant le champ de la circulation (observ. IX), action subite du foie sur un organisme impressionné par l'alcool, etc., etc.

Dans tous ces cas, la lésion nous est entièrement inconnue. Est-ce le sang, sont-ce les parois vasculaires qui sont

(1) *British and Foreign medico-chirurgical Review*, octobre 1865, in Thomas Hillier. — *Purpura in Reynold's systeme of medicine*, t. I, p. 761. Citation empruntée à Bouchard : *Pathogénie des hémorrhagies*, p. 151, Paris, 1869.

en question ? La science est encore muette à ce sujet. Nous n'en dirons pourtant pas autant de ces taches pétéchiâles dans les maladies infectieuses et les cachexies aiguës, ni des taches d'hémorrhagie passive que l'on rencontre chez les sujets atteints d'altérations organiques du cœur. Ici l'altération profonde de la matière colorante du sang ; là, des troubles mécaniques de la circulation, sont la cause en quelque sorte palpable du phénomène que l'on observe ; tandis que dans les cas précédents les taches pourprées se peuvent rencontrer chez des sujets très-robustes. Pourquoi alors assimiler les accidents hémorrhagiques qu'ils nous présentent à ceux que nous observons dans les maladies de nature typhoïde ? A cela nous répondrons que l'altération même du sang peut déterminer souvent la rupture du vaisseau, et que le passage au travers de ces parois de l'hémathine en dissolution peut également faire songer à une altération dans la texture du capillaire, de sorte que les deux causes en réalité différentes (altération sanguine et lésions vasculaires) aboutiront au même résultat. J'en dirai tout autant en ce qui concerne le scorbut. Dans deux de nos observations (IV et VI), il y avait ramollissement des gencives, et cependant il s'agissait de deux malades dont l'une était profondément anémiée par suite d'hémorrhagie antérieure, et la seconde dans un état de santé tout à fait propre à faire rejeter l'idée de la maladie que nous venons d'indiquer. Du reste, pour cette dernière, les analyses du sang n'ont donné lieu qu'à des résultats pour ainsi dire insignifiants, et les capillaires n'ont pas été suffisamment examinés. La question reste donc en litige. De tout ceci, et surtout de la lecture de ces quelques faits, il résulte que le purpura hœmorrhagica (maladie de Werlhoff) n'est point une entité morbide, que c'est un symptôme commun à un grand nombre d'états morbides, qu'il est dû très-probablement et fort souvent à des troubles nerveux de la circula-

tion capillaire amenant la rupture de vaisseaux dont les parois sont déjà malades. Il y aurait donc, dans un grand nombre de cas, une fragilité des capillaires d'origine héréditaire, innée ou acquise, aboutissant à leur déchirure sous l'influence de la moindre cause. Notre observation nous semble entièrement confirmer cette opinion. La malade était évidemment hémophile et son purpura n'avait pas d'autre origine. C'est une étiologie semblable qu'on invoquera pour expliquer les hémorrhagies chez les sujets dont l'état général ne laisse rien à désirer. Cette manière d'envisager la question n'a été jusqu'ici, que nous sachions, adoptée par personne.

Un auteur allemand fort en renom, Neumann, dans son récent *Traité des maladies de la peau*, se plaît à multiplier au contraire les divisions et les espèces. Dans le chapitre qu'il consacre aux affections hémorrhagiques du système cutané, il les divise, au point de vue pathogénique, en extravasations par rupture vasculaire et en transsudations par le mécanisme démontré par Stricker sur la grenouille. Elles peuvent donc avoir pour origine soit le traumatisme, soit les maladies du sang, soit celles des vaisseaux sanguins. Elles se présentent sous la forme de pétéchies, suffusions, varices, ecchymoses, tumeurs sanguines : classification évidemment trop anatomique, trop willaniste en un mot; car ainsi que nous le verrons plus loin (obs. IX et X), toutes ces formes diverses peuvent être observées sur le même sujet. Le même auteur étudie ensuite séparément le purpura simplex qu'il attribue à l'ingestion du copahu, le purpura papuleux fréquent chez les individus scrofuleux, siégeant surtout sur le dos du pied, le purpura traumatique, c'est-à-dire purement et simplement l'ecchymose, et la périose rhumatismale qui n'est autre qu'une forme d'érythème noueux, comme l'a fort bien démontré Georgi dans sa thèse inaugurale (Montpellier, 1872). Enfin la maladie de Verlhoff

est caractérisée par des éruptions rouges, ponctuées, des ecchymoses sur la muqueuse buccale et nasale, des hémorrhagies par les reins et les poumons. Elle reconnaît les mêmes causes que le scorbut, dont elle ne diffère que par la forme des taches. Le pronostic en est grave, la mort arrive par hémorrhagie interne.

On voit par ce simple énoncé combien cette classification, basée sur de simples apparences extérieures, est artificielle, et combien la théorie que nous exposons est plus naturelle et plus conforme aux faits observés; car, ainsi que j'espère le prouver par les observations suivantes, jamais ces diverses formes de la maladie ne se rencontrent isolément avec cette précision et cette régularité que leur assigne le pathologiste allemand, puisque, en fait, des macules et des pétéchies peuvent se montrer sur le même individu (Observ. IX et X). Nous verrons enfin que la variété que l'on se plaisait à considérer comme une véritable entité et à laquelle on donnait plus particulièrement le nom de Werlhoff n'est pas plus stable que les autres du même groupe et ne mérite plus de conserver son autonomie nosographique. Seul, le scorbut, que l'on observe dans les villes assiégées, les navires en voyage et les grandes agglomérations d'hommes soumis à la privation de certains aliments (légumes et viandes fraîches), nous paraît devoir être entièrement séparé du groupe que nous cherchons à former, quoique dans ces diverses formes on puisse aussi rencontrer du ramollissement des gencives, des ecchymoses et des pétéchies folliculaires. M. le professeur Lasèque et son savant chef de clinique, M. le Dr Legroux, dans leur remarquable travail sur l'épidémie de scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la Pitié, se sont posé cette question et l'ont résolue par l'affirmative. Nous ne pouvons mieux faire que de citer leurs propres paroles: « Peut-on admettre que le scorbut est l'expression extrême d'un certain nombre de

cachexies, ou que l'altération du sang, identique quant à sa nature, varie seulement par le degré?... Or, le scorbut étant caractérisé cliniquement par des suffusions sanguines sous-cutanées, étalées à la manière des contusions ou affectant la forme éruptive, ne retrouve-t-on pas d'autres affections qui se manifestent par les mêmes signes? Le purpura, qui répond aux éruptions ecchymotiques, les pétéchies elles-mêmes, qui s'observent dans tant de cas, ne sont-elles pas autant de manifestations scorbutiques atténuées? Les suffusions pourprées, dont les exemples ne manquent pas davantage, ne se rapportent-elles pas aux mêmes conditions pathologiques? La question a divisé et divise encore les meilleurs esprits. — On peut tenter de la résoudre, ou à l'aide de données cliniques, ou par les analyses du sang altéré. Contre ce dernier procédé, le plus invariable de tous, nous n'avons qu'une objection, celle de notre ignorance relative. L'analyse clinique, moins difficile et moins discutée, fournit de suffisants éléments de jugement. Aucune des affections qu'on a assimilées au scorbut n'entretient avec cette maladie des relations assez précises pour justifier même une assimilation... Que l'observateur s'attache au mode de développement, à l'examen des lésions confirmées, au processus curatif, aux altérations consécutives, et il verra combien le scorbut se détache des états pathologiques supposés similaires. La localisation morbide est pour l'établissement des types un fait capital et le plus souvent notre meilleur élément de diagnostic. Le scorbut a des localisations tellement définies que nul n'est scorbutique s'il offre en dehors des lieux d'élection des lésions analogues à celles du scorbut. Toute ecchymose spontanée qui n'occupe pas les bulbes pileux, toute suffusion ecchymotique qui se généralise en se dispersant à la surface du tronc sans avoir débuté par certains points des extrémités et en épargnant les gencives, n'est pas la congénère du scor-

but. La preuve en est qu'elle n'aura ni la même évolution ni les mêmes conséquences; comme supplément de démonstration elle ne guérira pas par les mêmes moyens; ajoutons qu'elle ne relèvera pas des mêmes causes (1). »

Nous ferons précéder les observations personnelles que nous apportons à l'appui des opinions que nous venons d'énoncer, d'un cas fort intéressant observé par Gilibert il y a près d'un siècle, resté inédit jusqu'à ce jour et que des circonstances particulières ont mis à notre disposition.

OBSERVATION I, inédite de Gilibert. — *Purpura hæmorrhagica ayant pour cause une terreur violente; mort rapide.*

« Un homme d'un âge mûr, robuste et plein de santé, habitant la petite ville d'Auduse en Languedoc, est arrêté par une méprise de police, pendant le règne de la Terreur. On lui rendit bientôt la liberté. Mais en arrivant dans sa famille il s'aperçoit qu'il a le corps couvert de taches rouges. Les plus petites étaient grandes comme des lentilles et les plus considérables comme nos moindres pièces de monnaie en argent. Il perdit quelques gouttes de sang par le nez. Deux jours après, il rendit par les selles une grande quantité d'un sang noir et coagulé. — Cette hémorrhagie alvine devint excessive en très-peu de temps, et le malade mourut tout à coup sur une chaise percée. Pendant la courte durée de cette affection pathologique, le sujet qui l'éprouvait ne se plaignait point; au contraire quand on l'interrogeait sur sa santé, il répondait toujours qu'il ne se sentait aucun mal. »

Cette observation prouve quelle est l'influence des causes morales sur la production de cette maladie, dont les habi-

(1) L'épidémie de scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la Pitié, par Ch. Laségue et A. Legroux. (*Archiv. génér. de médecine*, juillet, août, décembre 1871; p. 47 et 49 du tiré à part.)

tants des pays chauds ne sont pas exempts et qui, chez eux, peut avoir quelquefois un cours extrêmement rapide.

OBSERVATION II. — *Diarrhée aiguë ; anasarque sans albuminurie et apparition brusque des taches pétéchiales. Guérison.*

« M. B..., ferblantier, âgé de 48 ans, entre le 1^{er} juin 1867 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 43.

Santé antérieure excellente. — Pas d'alcoolisme. — Il y a 4 ou 5 ans, pneumonie aiguë dont il s'est longtemps ressenti, Naguère, grande secousse morale occasionnée par un accident dont il faillit être victime. Il y a 18 jours, violent effort dans lequel il se fit une pointe de hernie. A son entrée, le malade se plaint de faiblesse ; sa bouche est sèche, il est altéré. Cependant son pouls ne donne que 84 pulsations et sa langue est très-rouge. Depuis 8 jours, il a de la diarrhée ainsi que de violentes coliques. Taches pétéchiales sur certains points du corps. Léger œdème des membres inférieurs. Pas trace d'albumine dans les urines. Tension artérielle normale. Œdème des bourses pendant la marche.

4 juin. — Toux et légère hémoptysie.

5 juin. — Jambes moins enflées. Rien à l'auscultation. Douleur entre les deux épaules.

6 juin. — Langue bonne. Plus de diarrhée, mais un peu de céphalalgie. Toujours de l'œdème des membres inférieurs.

7 juin. — Douleurs dans les jambes et les lombes ; œdème.

8 juin. — Cessation complète de la diarrhée.

9 juin. — Examen des urines. Pas d'albuminurie.

11 juin. — Nouvel examen : même résultat.

12 juin. — Cette nuit expectoration sanguinolente. A

gauche, point douloureux dans la poitrine, au niveau du cœur.

14 juin. — Céphalalgie depuis quelques jours. Jambes enflées. La hernie est très-douloureuse.

23 juin. — Même état des urines.

25 juin. — Hier les jambes ont été plus enflées que d'ordinaire.

30 juin. — Légères douleurs dans les jambes et dans la tête.

3 juillet. — Urines claires ; léger nuage muqueux ; un peu de tympanite.

14 juillet. — On n'entend rien au cœur. Voici déjà plusieurs fois que ce malade éprouve des accès d'angoisse avec menace de syncope ; alors surviennent des fourmillements dans les membres, et il voit apparaître à ce niveau des taches ecchymotiques. En même temps il éprouve un sentiment d'éblouissement et de vertige. Cet accident lui est déjà arrivé à diverses reprises et avant la maladie qui l'a conduit à l'hôpital. Ces taches qui se trouvaient un peu partout siègent principalement au coude et au genou gauche. Elles sont irrégulières et de la grosseur d'une pièce de 2 francs à peu près. Sur le soir, il a eu un peu de gonflement des deux pieds, gonflement qui a du reste complètement disparu à la visite du 15 au matin.

15 juillet. — Les taches pétéchiâles ont passé à la coloration violette.

16 juillet. — Il a eu quelques lancées dans la tête. Les ecchymoses passent notablement au jaune.

17 juillet. — Gonflement des jambes lorsqu'il est au lit.

18 juillet. — Douleur dans l'articulation tibio-tarsienne gauche.

22 juillet. — Même accident que celui que nous avons signalé à la date du 14. Tache pétéchiâle au niveau du muscle biceps à droite.

24 juillet. — Il se plaint d'une sensation de cuisson du côté de l'œil droit. Légère injection de la conjonctive de ce côté.

26 juillet. — Douleur dans le bras droit : tache ecchymotique très-prononcée au niveau du triceps brachial (partie supérieure); tache sur le cou-de-pied gauche. Douleur dans la jambe du côté correspondant.

31 juillet. — Douleurs près de l'articulation scapulo-humérale droite.

10 août. — Nouvelle crise comme les deux premières. Production immédiate de quelques taches ecchymotiques sur divers points du corps, une surtout sur la jambe droite.

12 août. — Le malade quitte l'hôpital à peu près dans le même état. On ne l'a plus revu depuis.

Cette singulière observation n'a pas besoin de commentaires; c'est évidemment à une forme de purpura hémorrhagica que nous avons eu affaire, mais à une forme toute à fait insolite. Notre malade n'était pas cachectique, ou du moins peu affaibli, et de plus l'apparition soudaine de taches rouges au moment d'accès brusques de syncope et de vertige a tout lieu de nous étonner, surtout si nous cherchons une explication véritablement plausible d'un phénomène aussi étrange. Dans la plupart des cas les taches surviennent après de simples douleurs. Ici, c'est à la suite d'un cortège assez compliqué de symptômes que la coloration sanguine apparaît au-dessous des couches profondes de l'épiderme.

Nous rapprocherons de cette observation la suivante qui peut en être considérée en quelque sorte comme une atténuation. Bien que le symptôme que nous étudions dans ce travail se soit manifesté une seule fois et d'une façon en quelque sorte très-légère, nous avons cru devoir la rapporter à cause de l'état général très-satisfaisant que présentait ce malade. La voici du reste en quelques lignes :

OBSERVATION III. — *Courbature; taches pétéchiales spontanées. Guérison rapide.*

Louis Delain, né dans la Haute-Savoie, ouvrier manoeuvre, âgé de 27 ans, entre en juin 1867 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 13. Ce jeune homme s'est toujours bien porté. Depuis 3 ans et demi, il travaillait dans la cave d'une poterie où il y avait beaucoup d'humidité. Ayant éprouvé des douleurs dans les jambes, il quitta ce métier pour exercer celui de crocheteur. Samedi dernier, il a eu dans la journée un violent accès de fièvre qui n'a, du reste, pas reparu. Aujourd'hui il se sent très-affaibli, le corps brisé, des douleurs dans presque toutes les jointures, ainsi que dans l'abdomen, surtout au niveau des hypochondres. Constipation. Langue sale. Point de côté en avant, vers la base du thorax. Forte inspiration. Le côté droit en arrière est moins sonore que le gauche. Pourtant pas de symptômes à l'auscultation, si ce n'est quelques petits râles erratiques au point indiqué. Taches jaunes sur les jambes, ressemblant tout à fait aux traces de contusions datant de quelques jours. Pouls à 64. On prescrit un purgatif et quelques calmants.

20 juin. — Douleurs toujours vives dans les deux hypochondres. Pas d'albumine dans l'urine.

21 juin. — Nouvel examen négatif des urines.

23 juin. — Oppression. Absence de signes stéthoscopiques. 64 respirations douloureuses à la minute.

24 juin. — Amélioration des symptômes. Douleur dans le mollet gauche. Constipation.

26 juin. — Amélioration notable. Les membres encore un peu brisés. — Il sort guéri le 27. Au point de vue de ses antécédents, il n'a eu que la variole en fait de fièvres éruptives.

OBSERVATION IV. — *Anémie extrême ; purpura hæmorrhagica ; hémorrhagies multiples. — Mort, autopsie, kystes ovariens, épanchements sanguins dans leur intérieur, ainsi que sous la plèvre, le péricarde et la pie-mère.*

Henriette Lefère, née à Lyon, âgée de 25 ans, entre le 29 juillet 1870 au n° 8 de la salle Saint-Roch, service de la clinique.

Cette malade ne nous présente rien du côté de l'hérédité. Bonne santé antérieure jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle eut alors des douleurs dans les deux cuisses, qui ont duré environ deux années, et qui reparaissent de temps en temps, quand il se produit des changements dans la température. Réglée à 14 ans et demi, la menstruation a été toujours très-régulière jusqu'à la Toussaint de cette année-ci, époque à laquelle l'état de santé a entièrement changé. Elle eut alors un violent chagrin qui occasionna la suppression brusque de ses règles. Elle entra alors à l'hôpital pour des douleurs utérines dans le ventre, et se mit à perdre continuellement en rouge. Depuis deux mois seulement ses pertes se sont arrêtées et les règles ont repris leur place, quoique plus rapprochées peut-être qu'auparavant. Elle est actuellement très-anémique, pâle, blême ; les muqueuses sont décolorées. Taches de purpura sur tout le corps. Palpitations de cœur. Elle a eu plusieurs hémorrhagies gingivales. Bourdonnements d'oreilles. Céphalalgie. Douleurs musculaires. Points de côté. A l'examen du thorax, on ne trouve rien à noter. La pointe du cœur bat en dedans dans le cinquième espace intercostal. Ce point-là est très-douloureux précisément. A l'auscultation, rien à la pointe. Mais à la base souffle systolique très-net, se propageant dans les gros vaisseaux. Dans le triangle sus-claviculaire, bruit de rouet très-manifeste, persistant quand on fait suspendre la res-

piration. Pas de diarrhée. Pouls très-petit. Inappétence. Digestion difficile.

Au toucher, col énorme; un peu de latéro-flexion à gauche. Les jours suivants diarrhée.

14 août. — Hémorrhagie extrêmement grave, à la suite de l'avulsion d'un fragment de molaire.

17 août. — On l'ausculte de nouveau, et l'on trouve l'existence d'un bruit de souffle systolique très-accusé ayant son maximum au milieu du sternum, au niveau de la quatrième côte.

18 août. — Cachexie extrême. Hémorrhagie par toutes les muqueuses. Mort.

Le traitement a consisté dans l'administration de l'eau de Rabel, du seigle ergoté, de la teinture de cannelle, de quinquina et de sous-carbonate de fer.

Autopsie pratiquée le lendemain matin. 1° *Poumons et cœur* — Ils sont couverts de petites taches hémorrhagiques de la grosseur d'une petite tête d'épingle à celle de deux pois, sous la plèvre pariétale, et même dans le poumon, d'une part, sous le feuillet viscéral du péricarde d'autre part. Un peu de sérosité dans l'intérieur du péricarde.

2° *Cœur*. — Orifice aortique beaucoup plus étroit que l'orifice correspondant de l'artère pulmonaire. Deux nodules des valvules aortiques sont un peu augmentés de volume. Légère artérite chronique de l'aorte un peu au-dessus du rétrécissement. Pas d'hémorrhagies intestinale ou péritonéale. Quelques ulcérations dans le rectum. Les reins sont anémiés, mais ne présentent pas d'autres altérations. La rate est très-petite.

On a trouvé, à la place des deux ovaires, deux tumeurs du volume d'une grosse noix, composées d'une multitude de petits kystes remplis de sérosité et de sang, ou bien, et surtout à gauche, des caillots anciens variant du volume d'un petit pois à une noisette.

L'utérus est normal; sa muqueuse aussi.

Le vagin contient un caillot se continuant avec un autre situé dans l'utérus et qui se prolonge dans les trompes. — Muqueuse saine.

Cerveau. — Sous la pie-mère cérébrale, mais surtout dans les lobes cerebelleux, même hémorrhagie miliaire que sous le péricarde.

OBSERVATION V. — Mort rapide à la suite d'hémorrhagies multiples (sujet évidemment hémophile); à l'autopsie, anémie considérable de tous les viscères, pas de lésions organiques.

Louis Chapin, âgé de 18 ans, entre le 24 août 1870 au n° 4 de la salle Sainte-Elisabeth, service de la clinique.

Ce malade, qui ne peut donner de renseignements, est apporté dans l'état suivant : État ataxo-adyynamique; souffles multiples au cœur; anémie extrême. Pouls petit, dicrote, à 120. Rien aux poumons. Tympanite douloureuse sans gorgillement. Il n'a pas eu de selles depuis son entrée. Hémorrhagie nasale grave qu'on a été obligé d'arrêter. Peau sèche, stupeur.

On ordonne une potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer. — Deuxième potion avec 1 gramme de musc, 4 grammes d'extrait de quina, valériane. — Les mêmes accidents persistent, quoique avec une moins grande intensité. On continue les 20 gouttes de perchlorure, on supprime la potion au musc, et on donne de la limonade sulfurique, du café, du bouillon, du vin de Bordeaux, citron. — Le 26 au soir, épistaxis, hémorrhagie intestinale. — Le 27, à la visite, on le trouve dans l'adyynamie. Bruit de souffle systolique ayant son maximum à la base. Eau de Rabel, 3 grammes, ergot 30 centigrammes, citron, limonade sulfurique.

Mort le 8 septembre sans avoir présenté depuis la dernière date d'hémorrhagie bien considérable.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, on trouve : 1° adhérence totale de la plèvre à droite, quelques brides à gauche seulement; aucune altération du parenchyme pulmonaire; 2° anémie extrême des reins, du foie, de l'intestin. Ce dernier, lavé et ouvert, n'a présenté en aucun point des plaques gonflées simples ou ulcérées. La muqueuse est au contraire très-normale. Il ne contient pas de sang dans son intérieur. Le cerveau est tellement anémié, qu'à la coupe il ne laisse pas suinter une goutte de sang. Sa périphérie est un peu ramollie.

Nous avons cru devoir rapporter ici cette observation, bien que les taches de purpura ne se soient pas rencontrées chez ce malade. L'existence de la diathèse hémorrhagique et sa ressemblance extrême avec la précédente nous permettaient de le faire. Nous sommes persuadé, du reste, que si cet enfant eût vécu plus longtemps, les taches pourprées n'eussent pas manqué d'apparaître.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE L'IODOFORME, SON EMPLOI COMME TOPIQUE CICATRISANT ET ANESTHÉSIQUE LOCAL, par le D^r S. PETITEAU. — TRAITEMENT PAR L'IODOFORME DE LA MALADIE VÉNÉRIENNE ET DE QUELQUES ACCIDENTS SECONDAIRES ET TERTIAIRES DE LA SYPHILIS, par le D^r A. IZARD.

Ces deux auteurs sont arrivés aux mêmes conclusions sauf sur un point. M. Petiteau proclame l'efficacité de l'iodoforme dans le traitement des plaies phagédéniques. Il est d'accord en cela avec MM. Féréol, Lailler et Simonet, qui fait, au Midi, un usage journalier de ce médicament. M. Izard, au contraire, affirme que l'iodoforme est impuissant à arrêter la marche du phagédénisme. Mais cette affirmation n'est fondée sur aucune observation. En produisant une opinion contraire à celle de ses devanciers, M. Izard devait l'appuyer d'observations rigoureuses. La question en vaut bien la peine. Car avant de porter un caustique énergique sur une plaie, ainsi que le conseille M. Izard pour les cas de phagédénisme, il serait bon de savoir si on peut recourir à un moyen moins douloureux et plus sûr. Enfin, s'il nous était permis d'apporter à l'appui de l'opinion de M. Petiteau notre expérience personnelle, nous dirions que c'est après les merveilleux succès que nous avons obtenus à l'ambulance d'Ivry, sur un officier et deux soldats, dans le traitement du bubon phagédénique par l'iodoforme, que MM. Dubrisay et Petiteau ont entrepris leurs recherches.

Voici les conclusions que nous résumons des deux travaux cités :

1° L'iodoforme est un anesthésique local ;

2° Employé à l'état pulvérulent il fait rapidement cicatriser les plaies ;

3° Il est spécialement indiqué dans les petites plaies superficielles, atoniques, ou ayant de la tendance au phagédénisme, les chancres mous, les bubons suppurés, les syphilides, les onyxis syphilitiques, les ulcères variqueux, scrofuleux et cancéreux ;

4° Il opère, plus sûrement et plus promptement que tous les autres agents thérapeutiques ordinairement employés, la cicatrisation des syphilides ulcéreuses en général, sous quelque forme qu'elles se présentent ;

5° Dans le traitement du chancre mou il est en quelque sorte un spécifique par la promptitude avec laquelle il opère sans douleur la cicatrisation ;

6° Dans le traitement des bubons simples ou virulents (non syphilitiques), il peut être employé en pommade, comme résolutif, pendant la première période, avec plus de succès que le vésicatoire et la teinture d'iode ; pendant la période qui succède à l'ouverture du bubon, il amène la cicatrisation rapide de la plaie ;

7° Dans les cas de chancre mou, de syphilide ulcéreuse et de bubon, lorsque la suppuration est abondante, il est préférable de commencer le traitement par la solution d'iodoforme dans la glycérine et l'alcool ; l'iodoforme en poudre doit être employé en second lieu ;

8° L'emploi de l'iodoforme dans les cas d'accidents syphilitiques ne doit jamais dispenser du traitement interne ;

9° La cicatrisation rapide qu'opère l'iodoforme est due : 1° à la simplicité du pansement, qui n'irrite pas les parties malades ; 2° à l'absorption des sécrétions par la poudre iodoformique ; 3° aux propriétés antiseptiques du médica-

ment, surtout lorsqu'il est dissous dans la glycérine et l'alcool ; 4° à la présence de l'iode, qui agit favorablement sur toutes les ulcérations vénériennes en général.

D^r COURTAUX.

DU ZONA OPHTHALMIQUE ET DES LÉSIONS OCULAIRES QUI S'Y RATTACHENT, par le D^r Albert HYBORD. (*Thèse de Paris*, chez Ad. Delahaye.)

Sous le nom de *zona ophthalmique*, M. Hybord désigne l'éruption herpétique dont les groupes de vésicules sont en rapport avec la distribution des ramifications superficielles de la première branche du nerf trijumeau.

L'auteur s'est surtout proposé de faire connaître le côté le plus intéressant de cette affection, c'est-à-dire de décrire les lésions oculaires qui témoignent de la participation fréquente de l'œil à l'affection et impriment à cette variété un cachet propre et une gravité spéciale.

Ce n'est pas arbitrairement qu'il sépare le *zona ophthalmique* du *zona de la face*, car cette séparation se réalise d'elle-même dans la pratique ; l'éruption, dans le plus grand nombre des cas, se localise au territoire de la branche ophthalmique ; les lésions oculaires, du moins celles de la cornée et de l'iris, sont spéciales et particulières à cette variété.

Le *zona ophthalmique* peut débiter d'emblée. Le plus ordinairement il est précédé de phénomènes prodromiques locaux ou généraux. Les premiers sont constitués par des *douleurs névralgiques*, le plus souvent parfaitement caractérisées, quelquefois diffuses, sans siège défini, limitées à une moitié de la tête. D'autres fois ce sont des déman-

geaisons, des fourmillements, un sentiment de cuisson, de chaleur.

Ces phénomènes peuvent précéder le zona de une heure, de quelques heures, de plusieurs jours, d'une semaine, de deux semaines, d'un mois et même de plusieurs mois.

Des *douleurs oculaires* peuvent accompagner, dès le début, les autres phénomènes de la face.

Les phénomènes généraux prodromiques, peu marqués d'habitude, apparaissent en même temps ou peu après que la douleur névralgique s'est montrée. Ils sont caractérisés par du malaise, de l'insomnie, quelquefois des vertiges, des étourdissements, des troubles gastriques, et dans certains cas par un état fébrile assez marqué.

Que le zona ait débuté d'emblée ou qu'il ait été précédé de phénomènes prodromiques l'éruption se produit comme dans le zona des autres parties du corps. L'éruption vésiculeuse n'occupe pas avec la même fréquence les divers points du territoire cutané innervé par la branche ophthalmique. Très-rarement elle envahit tout le district de ce nerf; le plus souvent elle se borne au front et à la paupière supérieure; au front, à la paupière supérieure et au nez; au front et au cuir chevelu. Le front seul est constamment atteint.

Le mode de groupement des vésicules est très-varié. — Le zona ophthalmique ne dépasse jamais la ligne médiane du front et du nez. Il peut être double, dans ce cas il est plus accusé d'un côté.

La durée de l'éruption est variable; celle d'un groupe de vésicules est, en général, d'une quinzaine de jours. L'éruption laisse après elle des cicatrices indélébiles, analogues aux marques des pustules varioliques.

Les douleurs névralgiques, l'anesthésie, l'analésie, les fourmillements, les picotements, la thermoparalysie survivent à l'éruption.

Les *altérations oculaires* constituent, en réalité, le côté le plus intéressant et le moins connu de l'histoire du zona ophthalmique. Bien que fréquentes, ces altérations ne sont cependant pas nécessaires et indispensables.

Les plus communes de ces lésions sont celles de la conjonctive. Cette membrane est souvent simplement congestionnée. D'autres fois elle est franchement enflammée. Assez rarement on observe vers le bord de la cornée de véritables vésicules, assimilables aux vésicules herpétiques de la peau.

La sécrétion de la glande lacrymale est de bonne heure activée; il y a épiphora. M. Hybord a constaté dans un cas une anesthésie complète de la conjonctive qui entoure la cornée. Ce fait n'a été signalé par aucun observateur.

Les altérations de l'iris et de la cornée, par leur degré de fréquence, ne pouvaient être regardées comme de simples coïncidences, ou comme des complications du zona. M. Hybord considère que, par leur origine, leur pathogénie, par leur relation si souvent réelle et intime avec un mode spécial de distribution de l'éruption cutanée, elles sont avec l'éruption des modalités variées d'un processus commun.

Ces altérations sont le plus souvent, sinon toujours, de nature franchement inflammatoire. C'est d'une part la kératite, d'autre part l'iritis. Elles peuvent être isolées ou réunies. La kératite peut se montrer sous différentes formes, superficielle ou profonde. Elle produit assez souvent des ulcérations ou des opacités plus ou moins étendues, plus ou moins profondes. Dans quelques cas l'ulcération a abouti à la perforation de la cornée.

L'iritis, moins fréquente que la kératite, se montre dans le zona avec ses caractères habituels. Elle est en général de moyenne intensité.

La kératite et l'iritis n'apparaissent que lorsque l'éruption est à son summum ou bien quand elle commence à décliner.

De la comparaison du mode de distribution de l'éruption entanée et des lésions des membranes oculaires, M. Hybord est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les lésions de la cornée et de l'iris sont, le plus souvent, en relation avec la présence de l'éruption sur le côté du nez.

2° La cornée et l'iris se prennent, que l'éruption siège sur tout le côté ou sur l'aile du nez, ou qu'elle n'occupe que la moitié supérieure et même un point, encore plus limité de l'organe.

3° L'éruption peut envahir le nez, et cela de la racine à la pointe, sans que l'œil soit fatalement atteint.

4° Enfin, l'œil peut être atteint, alors même que l'éruption est limitée au front et à la paupière supérieure.

Il est exceptionnel de rencontrer dans le zona frontal les paralysies des muscles de l'œil, l'amblyopie, l'inflammation de la sclérotique, la suppuration de l'œil et la perforation de la cornée.

Dans un chapitre vraiment remarquable, consacré à la pathogénie et à la physiologie pathologique, M. Hybord a cherché, à l'aide des faits cliniques, de l'anatomie pathologique et de la physiologie expérimentale, à dégager la véritable théorie du *zona*, pour l'appliquer au *zona ophthalmique* et déterminer par le même procédé la signification précise des lésions oculaires.

Voici le résumé et la conclusion de cette étude.

L'anatomie pathologique a démontré, dans le *zona spontané*, l'existence d'une processus irritatif, d'une inflam-

mation, d'une véritable névrite du ganglion spinal ou du tronc nerveux dont le territoire cutané a été envahi par l'éruption. Elle est donc pleinement confirmative des faits cliniques, où l'on a vu le zona survenir à la suite de blessures de nerfs (zonas traumatiques), apparaître dans le cours de myélites chroniques (zonas secondaires), et où l'éruption se rattache à l'irritation et à l'inflammation de certaines régions du système nerveux. Or, ajoute M. Hybord, le zona étant toujours identique à lui-même, ayant toujours le caractère fondamental d'être subordonné à la distribution du nerf sous-jacent, doit dériver d'un processus identique. M. Hybord se croit donc autorisé à formuler cette conclusion :

Le zona spontané (comme le zona traumatique et le zona secondaire) est l'expression cutanée d'une névrite, ou d'une irritation causée par une hyperémie active, ayant pour siège soit le ganglion spinal, ou son analogue, le ganglion de Gasser, soit un point quelconque de la périphérie du nerf (faits de zonae traumatiques), soit la substance grise, les cornes postérieures de la moelle, ou les cordons postérieurs (faits de zonae chez les ataxiques).

Les conditions étiologiques du zona et du zona ophthalmique en particulier (qui reconnaît souvent pour cause l'impression du froid), loin de combattre cette conclusion, l'appuient et la fortifient.

Quant aux lésions de la cornée et de l'iris, elles semblent résulter de l'irritation, de l'inflammation des filets ciliaires qui se rendent à ces membranes ; ce sont, par conséquent, ajoute M. Hybord, des lésions de même ordre que les lésions cutanées. M. Hybord est porté à admettre, avec O. Wyss et Steffan, que les lésions de la cornée et de l'iris proviennent directement de l'irritation des filets trophiques qui, pour les nerfs ciliaires, se rendent à l'œil.

Le pronostic du zona ophthalmique est sérieux, surtout

si l'éruption envahit le territoire du nerf nasal; il doit toujours être réservé.

Les indications du traitement seront déduites de la pathogénie qui a montré le lien de l'éruption avec la lésion nerveuse. Les lésions oculaires ne réclament pas de traitement spécial. Il sera bien, dit M. Hybord, d'employer prématurément le collyre à l'atropine pour éloigner le bord pupillaire du contact de la capsule du cristallin et prévenir ainsi la formation d'adhérences. Les névralgies seront combattues par des injections narcotiques hypodermiques, par le sulfate de quinine, etc.

Dr COURTAUX.

ORIGINE DE LA SYPHILIS, PAR M. EDMOND BASSEREAU. (*Thèse de Paris, J.-B. Baillière.*)

Nous avons sous les yeux le tribut inaugural d'un confrère qui nous est doublement cher par le mérite qu'il annonce et par le nom qu'il porte, de M. Edmond Bassereau. Pour ses débuts il a suivi les traces de son père; et si l'on trouve qu'il les a suivies pas à pas, ce n'est point de notre part qu'il doit attendre, pour ce choix, autre chose que des félicitations on ne peut plus sincères. C'est en partie sur *l'historique*, en partie sur la *confrontation* que notre ami basa, il y a vingt ans, la syphiligraphie sérieuse, la syphiligraphie dualiste. Témoin du succès retentissant de cette œuvre capitale, son fils ne pouvait songer à prendre un autre point de départ. Il a seulement voulu ajouter un fleuron à cette couronne déjà si richement endiamantée; et la monographie sur *l'origine de la syphilis*, par laquelle le jeune athlète marque son entrée dans la carrière, nous donne le plus assuré présage de la manière large, indépendante, consciencieuse, dont seront traitées les questions afférentes à l'origine de la syphilis; travail promis par l'auteur et dont

la présente étude ne constitue qu'un fragment, disons mieux, qu'un échantillon, bien fait pour inspirer le désir de posséder le plus prochainement possible l'œuvre entière.

P. DIDAY.

REVUE DES JOURNAUX.

SUR QUELQUES MODIFICATIONS DE L'ÉPIDERME ET DU CORPS MUQUEUX DE MALPIGHI DANS L'ÉRYSIPELE (1), par J. RENAUT, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France.

L'étude du développement de phlyctènes dans l'érysipèle n'a été faite jusqu'à présent que par M. Lordereau dans sa thèse inaugurale (2), et d'une manière tout à fait incidente. Il a vu « qu'elles se creusent dans l'épaisseur du réseau de « Malpighi de façon à ne pas dénuder le derme; qu'il reste « toujours à la surface des papilles au moins une couche de « cellules, ordinairement beaucoup plus, presque tout le « corps muqueux; que les cellules qui forment la paroi « intérieure de la phlyctène apparaissent comme augmen- « tées de volume, et sphériques, sans crénelures, comme « si elles avaient été distendues par le liquide infiltré. »

L'auteur n'a pu suivre le développement de la phlyctène

(1) Note communiquée à la *Société de biologie*, séance du 11 octobre 1871.

(2) Thèses de Paris, *De la suppuration dans l'érysipèle*, 1873.

dans l'érysipèle, il n'a pas étudié l'exsudat, mais il a admis par analogie que la phlyctène se formait comme les pustules consécutives aux applications d'iode, d'huile de croton ou de pommade stibiée, ou bien que le liquide exsudé écartait les cellules les unes des autres. Les véritables phlyctènes ne se forment nullement par ce procédé, pas plus dans l'érysipèle que dans les autres irritations de la peau qui s'accompagnent de productions bulleuses.

Dans la partie moyenne du corps muqueux de Malpighi, intermédiaire entre la couche profonde de cellules implantées verticalement sur les papilles et la couche granuleuse qui limite inférieurement l'épiderme corné, on observe toujours dans l'érysipèle cette altération des cellules que MM. Cornil et Ranvier ont désignée sous le nom d'*atrophie de noyaux par dilatation des nucléoles* (1). Cette lésion est surtout très-marquée au voisinage des phlyctènes. Elle consiste dans l'agrandissement du nucléole qui refoule le noyau, de sorte que ce dernier est réduit d'abord à un mince croissant, puis finit par disparaître. Arrivée à cet état, la cellule épidermique cesse de vivre et ne peut accomplir le dernier stade de son évolution, c'est-à-dire sécréter la matière cornée qui la soude à ses voisines pour former l'épiderme proprement dit (*stratum corneum*). Il s'ensuit constamment une desquamation plus ou moins large, selon que la petite lésion dont nous venons de parler est plus ou moins étendue; aussi la trouve-t-on constamment dans les irritations de la peau où l'épiderme s'exfolie.

C'est à cette cause, jointe à l'augmentation de pression amenée par l'œdème inflammatoire dans les couches superficielles du derme, qu'est due l'apparition de la phlyctène. Au niveau du point le plus faible, c'est-à-dire le long de la couche granuleuse, à cellules dépourvues de dentelures, intermédiaire à l'épiderme corné et au corps muqueux

(1) *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, p. 44.

proprement dit, une fente se produit, l'épiderme se soulève, et il se fait rapidement une exsudation dans la cavité ; la phlyctène est ainsi constituée.

Le liquide accumulé dans la phlyctène contient en suspension une grande quantité d'éléments cellulaires libres : ce sont des globules blancs tout à fait semblables à ceux qui infiltrent le derme, et un certain nombre de globules rouges. Je n'ai jamais vu ces derniers manquer.

Au bout d'un certain temps l'exsudat, riche en substance fibrinogène, laisse celle-ci se déposer et il se forme un réticulum très-fin de fibrine qui cloisonne la cavité d'une manière très-élégante en emprisonnant dans ses mailles les globules, rouges et blancs. Ordinairement le réseau fibreux s'élève du plancher de la phlyctène vers la voûte en formant des séries d'arcades régulières et superposées comme les mailles de certaines dentelles.

L'exsudat accumulé dans les phlyctènes contient donc les éléments du sang; le fait est aussi constant dans l'érysipèle phlycténoïde que dans le pemphigus et même dans l'herpès. J'ai pu constater depuis longtemps cette particularité qui explique pourquoi, dans le zona par exemple, il y a toujours une ou deux vésicules hémorrhagiques. D'où proviennent maintenant ces éléments ? Il est infiniment probable qu'ils ont leur origine dans les cellules migratrices dont le derme est infiltré, car on voit celles-ci s'accumuler au voisinage de la bulle et au-dessous d'elle, pénétrer, en suivant surtout la gaine des poils jusqu'au corps muqueux, et le soulever par places comme pour faire irruption dans la phlyctène.

Tel est ordinairement le contenu de la bulle dans l'érysipèle. Je ne discuterai pas ici la question de savoir si elle renferme des bactéries et des microphytes particuliers comme l'a affirmé Orth (de Bonn). J'ai trouvé, il est vrai, dans l'épiderme des spores rangés entre des différents dits

de cellules cornées, et cela aussi bien dans l'érysipèle que dans les cas où la peau était absolument saine. Il est du reste très-fréquent de trouver différents germes dans les couches superficielles de l'épiderme, en dehors de tout état pathologique.

Au niveau des phlyctènes, le corps muqueux de Malpighi paraît parfois perdre son adhérence à sa couche papulaire, de sorte qu'il se détache sur une grande surface après la mort, laissant l'épiderme complètement à nu. C'est là un phénomène purement cadavérique, comme l'a bien signalé M. Lordereau. On voit alors sur les coupes de la peau une phlyctène à deux étages, mais l'inférieur ne contient d'ordinaire aucun élément cellulaire, ni de réseau fibrineux, ce qui permet de suite d'éviter toute erreur d'interprétation.

Il existe dans l'érysipèle une autre lésion de la peau un peu différente de la phlyctène, je veux parler de l'état anatomique de l'épiderme correspondant aux petites élevures qui rendent la peau rugueuse dans la forme que Borsieri appelait *Erysipelas scirrholdes* et qui lui donnent l'apparence de l'écorce d'une orange. Les petites vésicules qu'on observe dans ce cas ont une tout autre origine que les phlyctènes; leur mode d'évolution les rapproche beaucoup des pustules. On voit à leur niveau, dans la couche moyenne du corps muqueux, des masses opalescentes, très-réfringentes, ne se colorant pas par le carmin, se développer dans le protoplasma des cellules épidermiques grossi, refouler latéralement le noyau et donner lieu en fin de compte à d'énormes vésicules qui s'ouvrent les unes dans les autres. Dans les cavités ainsi formées, on voit des cellules épidermiques, à protoplasma granuleux, semblables à l'épiderme embryonnaire et contenant un ou plusieurs noyaux vésiculeux. A côté d'elles, on rencontre des globules blancs qui ne sont probablement que des cellules migratrices qui ont traversé la couche profonde du corps muqueux pour pénétrer

ensuite dans la petite cavité formée au centre de la lésion par suite de la rupture des grandes cellules vésiculeuses. Une multitude d'élevures semblables se montrent d'ordinaire les unes à côté des autres et rendent parfaitement compte de l'état granuleux de la peau. Sur ces points, l'épiderme est le siège d'une prolifération active analogue à celle qu'on observe sur les limites des pustules varioliques ou consécutives à du croton et du tartre stibié. C'est donc bien à tort qu'on a pu assimiler ces dernières aux phlyctènes, qui sont dues simplement à un défaut de solidité de l'épiderme survenant en vertu d'une modification particulière des cellules du corps muqueux, modification qui les rend incapables de se souder et de résister à l'énorme pression amenée par l'œdème inflammatoire qui occupe le derme (1).

(*Progrès médical*, 18 oct. 1873.)

DES APPLICATIONS EXTERNES DE L'HYDRATE DE CHLORAL ET DU MÉTACHLORAL, par M. DUJARDIN-BEAUMETS.

Au nombre des affections dans lesquelles l'application externe du chloral donne de bons résultats, M. le D^r Dujardin-Beaumets cite les maladies de peau. Dans deux cas d'eczéma chronique des membres inférieurs, l'auteur que nous venons de citer a obtenu une prompte guérison à l'aide de solution de chloral au centième. En Italie et en Amérique, on a déjà conseillé l'emploi de solution de chloral en compresses dans les cas d'eczéma chronique et de prurigo.

Le même auteur a recours avec succès au glycérolé de

(1) Ce travail a été fait au laboratoire d'histologie du Collège de France.

chloral au dixième contre les plaques muqueuses de la marge de l'anus et des parties génitales.

Dans un cas communiqué par le Dr Créquy, un lupus serofuleux du nez a guéri en moins d'un mois sous l'influence de cautérisations avec le nitrate acide de mercure et de pansements avec la solution de chloral au centième.

Chez un enfant à la mamelle, deux larges ulcérations consécutives à une éruption de pemphigus furent successivement pansées sans grands avantages avec la solution de chloral, la poudre de camphre, le coaltar saponiné; le Dr Féréol, qui a également communiqué ce fait, essaya alors le métachloral associé à la poudre de lycopode. Dès le lendemain, la plaie avait changé d'aspect et les ulcères se cicatrisèrent avec rapidité.

(Bulletin de thérapeutique.)

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES FRICTIONS MERCURIELLES, par le Dr PANAS.

Dans l'excellent article qu'il consacre à l'examen de cette question, l'auteur fait remarquer que la seule objection sérieuse que l'on puisse adresser à cette méthode, qui offre dans bon nombre de cas de réels avantages, c'est d'exposer à la stomatite et à des éruptions irritatives locales de la peau. M. Panas est parvenu à éviter la stomatite ou à en atténuer les effets dans la plupart des cas en cherchant à *prévenir* cette complication, au lieu d'attendre pour la combattre qu'elle se soit manifestée.

Dès le début du traitement spécifique, on doit, dit-il, s'occuper de la bouche du malade, et faire soigner les dents; on prescrit en outre de faire usage deux ou trois fois par jour d'une poudre dentifrice astringente. On ad-

ministre aussi au malade, dès le début du traitement mercuriel, un ou deux bains de vapeur par semaine, qui ont de plus l'avantage d'entretenir la propreté de la peau et d'atténuer les éruptions syphilitiques.

Autant que possible, recommander de cesser l'usage du tabac.

C'est surtout contre les formes graves de la syphilis, celles qui s'attaquent aux os, au système nerveux, à l'œil et aux parenchymes, que l'on doit avoir recours aux frictions. On obtient souvent dans ces cas des résultats inespérés. M. Panas en a observé un grand nombre, et il appelle sur ce point l'attention de tous les praticiens. C'est aussi l'opinion de M. Ricord, de M. Fournier. A Vienne, en Angleterre, on a en grande partie abandonné le traitement interne pour donner la préférence au traitement externe.

Chez les nouveau-nés syphilitiques, les frictions mercurielles doivent être employées exclusivement.

Pour les frictions, M. Panas se sert de l'onguent mercuriel double. — La dose habituelle est de 6 grammes par jour. — On fait les frictions le soir, en se couchant, pendant cinq minutes, sur une partie limitée du corps. On recouvre la région d'un linge et de taffetas gommé. On continue les frictions pendant un mois ou six semaines, si rien ne s'y oppose. On revient à l'usage du mercure chaque fois que de nouveaux accidents se montrent. Par ces traitements successifs, on arrive sans altération de la santé générale à éteindre la syphilis dans l'espace de six mois à deux années.

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques,

octobre 1873.)

DE L'EMPLOI DU PHOSPHORE COMME SUCCÉDANÉ DE L'ARSENIC
DANS LES MALADIES CUTANÉES.

Le Dr Eames a obtenu des résultats remarquables de l'emploi du phosphore dans le traitement des maladies cutanées, alors que l'arsenic et l'iodure de potassium avaient échoué.

Chose extraordinaire et contraire à toutes les assertions répandues jusqu'à ce jour dans le public, il n'observa aucun symptôme d'aphrodisie.

La manière d'administrer le phosphore était la suivante : 10 grains (50 centigrammes) de phosphore pur dissous dans 1 once (32 grammes) d'huile d'olive, dont on prend de 5 à 10 gouttes trois fois par jour, après les repas. Afin de varier la dose, il fit faire trois espèces de capsules gélatineuses, contenant chacune : la première, 5 milligrammes ; la deuxième, 2,5 milligr. ; la troisième, 1 milligramme.

La dose n° 3 se prescrit facilement pour un enfant de trois ans.

Il cite un cas d'acné indurée chez une dame qui céda à l'administration du phosphore après six semaines de traitement ; trois cas de lupus, dont l'un revu dix-huit mois après le traitement ; deux cas de psoriasis.

Dans le pemphigus, l'auteur a spécialement vu triompher le phosphore sur les autres agents thérapeutiques employés en pareil cas, notamment l'arsenic.

La solution huileuse qu'il emploie produit peu de dérangements dans les fonctions digestives, et les éructations sont, dit-il, peu fréquentes. Lorsque l'on remarque un trouble un peu sérieux dans les fonctions de la digestion ou des symptômes de dyspepsie, les acides minéraux conviennent parfaitement pour rétablir l'équilibre, et l'on sus-

pend, bien entendu, l'usage du phosphore pour quelque temps.

On semble se préoccuper assez vivement de l'autre côté de la Manche des résultats obtenus par ce traitement. L'an dernier déjà, le Dr Broadbent a publié un travail sur l'emploi du phosphore dans le traitement des maladies cutanées. Il serait à désirer qu'en France on voulût bien tenter quelques essais, afin qu'une autorité expérimentale de plus vint appuyer cette nouvelle méthode d'administration d'un agent que jusqu'à présent on redoutait d'employer.

(*Dublin journal of medical science* et *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 10, 1873.)

DE QUELQUES POINTS PRATIQUES DU TRAITEMENT DU PHIMOSIS
PRODUIT PAR LES ULCÈRES CHANCREUX, par R.-W. TAYLOR.

Après avoir étudié avec soin l'étiologie de cette complication sérieuse, et constaté sa fréquence extrême dans la clientèle hospitalière qui laisse s'aggraver par son insouciance les affections les plus bénignes, M. Taylor trace un tableau très-complet du phimosis chancreux, et lui décrit deux degrés, différant profondément au point de vue thérapeutique. Dans un premier degré, l'œdème produit par les ulcères est modéré, mou, général ou localisé aux troncs lymphatiques de la région; le gland ne peut être complètement découvert, mais il n'est point fixé au prépuce et jouirait d'une certaine mobilité sans la douleur que causent les moindres mouvements; il est tuméfié, son épithélium se desquame, en donnant lieu à une balanite des plus propices à des auto-inoculations successives.

Dans un second degré, l'œdème des parties augmente, devient dur, il y a une infiltration cellulaire évidente dans le tissu conjonctif du prépuce; il se passe à ce degré un

phénomène sur lequel l'auteur insiste : c'est la rétraction du gland produite par la pression du prépuce ; tant que l'œdème n'a pas complètement immobilisé les parties, cette rétraction n'est pas dangereuse ; mais si le gland tuméfié appuie trop fortement sur le prépuce vivement enflammé, un étranglement se produit et aboutit fatalement à une gangrène d'étendue et de siège variables, portant tantôt sur le gland, tantôt sur la muqueuse ou la peau du prépuce. On reconnaîtra cette gangrène au changement de caractère de la suppuration qui prend une odeur fétide et une teinte séropurulente brune.

Quel sera le traitement de ces deux degrés du phimosis ? Pour le premier, l'auteur recommande fortement les injections sous-préputiales avec une solution d'acide carbolique ; le phimosis cesse, en général, au bout d'une à trois semaines, et la circoncision vient compléter heureusement le traitement après la cicatrisation des chancres ; M. Taylor blâme la pratique qui consiste à cautériser les ulcérations qui se sont produites sur le bord libre du prépuce.

Pour le second degré (phimosis avec étranglement et menace de gangrène), l'auteur veut qu'on débride le plus tôt possible ; mais, contrairement à ce que nous avons vu mettre en pratique à l'Antiquaille, il repousse l'incision dorsale du prépuce comme insuffisante et souvent difficilement praticable, et préfère deux incisions latérales, suivies d'un pansement avec l'acide carbolique presque pur, destiné à modifier les ulcérations, et renouvelé pendant huit ou dix jours. Après la guérison des chancres, la forme du prépuce pourra être régularisée par l'excision des lambeaux ; quelquefois même, il se fait une rétraction de cet organe qui rend inutile cette petite opération.

Dans le cas de chancre syphilitique induré, compliqué de phimosis, le même traitement est applicable ; on peut y joindre l'administration du mercure à l'intérieur qui com-

battrait quelquefois efficacement l'induration et l'inflammation consécutives. (*American Journal of Syphilography and Dermatology.*)

HENRI COUTAGNE.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE BI-IODURE DE MERCURE
DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, PAR LÉONE RAGAZZONI.

L'efficacité de la cure de la syphilis par les injections sous-cutanées de composés hydrargyriques n'est plus guère aujourd'hui contestée. Toutefois, la plupart des syphilographes, en présence des accidents locaux qu'elle provoque et de la répulsion naturelle qu'elle inspire aux malades, sont d'accord pour en restreindre l'usage à certains cas particulièrement graves soit par la nature des lésions, soit par leur ténacité.

Préoccupé de ces inconvénients M. Léone Ragazzoni, de Bergame, a cherché à substituer au calomel communément employé un composé qui, sans être moins efficace, est plus innocent, c'est au bi-iodure de mercure qu'il s'est arrêté.

On se rappelle que M. Scarenzio, dans son magistral mémoire sur cette question, relate un fait malheureux dû à l'injection du bi-iodure suspendu dans la glycérine; il se forma un phlegmon étendu, suivi d'une escharre du derme et enfin d'une ulcération interminable.

Ce fait n'a pas arrêté M. Ragazzoni, qui, enhardi par les heureux essais de M. Gamberini, parvint, en modifiant légèrement la formule du liquide à injecter, à se mettre absolument à l'abri des complications locales. Sur 64 malades traités, M. Ragazzoni n'a jamais vu ni phlegmon, ni suppuration; dans 4 cas, s'il observa d'insignifiantes escharres,

comme celles d'une brûlure très-limitée, du moins croit-il pouvoir les rapporter à l'imperfection de l'opération, qui fit probablement pénétrer le liquide dans l'épaisseur de la peau au lieu de le loger dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané.

L'auteur apporte à l'appui de sa nouvelle manière de faire les résultats de 64 observations; la plupart se sont terminées heureusement. Quelques-unes sont incomplètes, les malades ayant quitté l'hôpital très-peu de temps après le début du traitement. La moyenne du nombre des injections a été de 3; aucune cure n'a nécessité plus de 35 jours, la plupart ont été complètes au vingtième.

La formule de M. Ragazzoni est la suivante :

Bi-iodure de mercure	3 centig.
Iodure de potass. q. s. pour dissolution complète du bi-iodure	
Eau distillée.....	2 gram.

pour une injection.

(*Giornale delle Malattie della pelle et selle veneree.*)

Le gérant : G. MASSON.

CLICHY. — Imp. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 42.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

NOUVEAU SYSTÈME D'ASSAINISSEMENT DE LA
PROSTITUTION, par le D^r P. DIDAY.

§ I. *Considérations préliminaires.*

L'extinction des maladies vénériennes, jadis entrevue, annoncée même comme un fait réalisable à courte échéance, n'a pas avancé d'un seul pas. Malgré les progrès accomplis dans la pathogénie et la thérapeutique spéciales, malgré le perfectionnement de la police sanitaire, le nombre des maladies vénériennes ne diminue point, et leur gravité demeure sensiblement la même.

Cet insuccès avéré, constant, de tant d'efforts persévérants et consciencieux ne prouve-t-il pas que la pensée qui inspire ces efforts est erronée, que le système qu'ils servent pêche par la base?... C'est là mon opinion.

Selon moi, jusqu'à présent on s'est trompé :

1^o Sur le caractère des prostituées (tant inscrites que

clandestines), principaux agents de la propagation des maladies vénériennes;

2° Sur la marche et sur la curabilité de ces maladies et notamment de la plus sérieuse d'entre elles, de la syphilis.

Je m'explique :

Lorsqu'on veut trouver le moyen d'agir efficacement sur une personne, il faut l'étudier, il faut, pour ainsi dire, se mettre à sa place, et non commencer par se poser en antagonisme avec elle. Ainsi, pour les prostituées, au lieu de les déclarer, à priori, inconséquentes, dissimulées, indisciplinables, on eût dû chercher, de bonne foi, pourquoi jusqu'à présent elles ont manifesté ces singuliers attributs vis-à-vis des mesures instituées envers elles. Au lieu de se demander : « Comment les astreindre à subir le traitement ? » peut-être le législateur aurait-il mieux fait de se dire : « Comment les amener à accepter, à désirer ce traitement ? »

N'oublions pas, en effet, que, tout vil qu'il soit, c'est un métier qu'exercent ces malheureuses. Or, ce métier, leur unique gagne-pain, où elles trouvent à la fois lucre et distraction, sinon plaisir, ce métier, le séjour à l'hôpital y met obstacle. Aussi ne doit-on pas s'étonner des ruses, de l'habileté qu'elles mettent en œuvre pour l'éviter, ou, quand elles n'ont pu mieux faire, pour l'abrégé. Ce sentiment, très-préjudiciable à la société, je le reconnais, mais très-naturel chez celles qui l'éprouvent, engendre comme conséquence un double fait : 1° la répugnance des prostituées inscrites à se présenter à la visite, lorsqu'elles se savent malades ; 2° l'éloignement des prostituées clandestines à se faire inscrire, c'est-à-dire à s'assujettir à la visite ; car, justement appelées *sanitaires* par rapport à la société, ces visites, pour elles, ne sont que vexatoires, puisqu'elles ne servent qu'à décider de leur liberté ou de leur emprison-

nement, et d'un emprisonnement qui, par sa publicité ainsi que par les compagnes qu'il leur impose, les dégrade et les compromet pour le reste de leur vie.

D'autre part, la gravité de cette peine, c'est-à-dire la durée de cette séquestration, est encore augmentée par l'idée que, en général, les médecins se font de l'évolution de la maladie et de la manière dont ses diverses lésions sont influencées par les agents médicamenteux en notre pouvoir. Ainsi l'opinion qui a cours sur ces matières est :

Qu'il est possible de guérir radicalement la syphilis par un seul cours mercuriel, pourvu que cette médication soit suffisamment prolongée (4, 5, 6 mois); — que la syphilis ne peut guérir, ne doit être réputée guérie radicalement que si elle a été l'objet d'une semblable médication; — que les lésions locales (notamment les plaques muqueuses de la vulve et de la bouche) peuvent bien céder à l'emploi des astringents ou des caustiques, mais qu'on n'est assuré de leur guérison complète que si un traitement général a été suivi pendant le temps réglementaire.

Ces données sont-elles fondées? Ce n'est point ici le lieu de l'examiner. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que, prises pour règle de conduite par un médecin d'hôpital, elles ont pour effet de prolonger la durée du séjour qu'on y impose aux prostituées reconnues syphilitiques; de prolonger ce séjour au delà du temps exigé pour le traitement d'un client ordinaire, en ville; de le prolonger même après la disparition des accidents locaux, visibles; de le prolonger par conséquent longtemps encore après que la femme a cessé d'être l'agent possible d'une contagion: toutes circonstances qui ajoutent à l'apparence vexatoire de l'hospitalisation et expliquent l'horreur que, ainsi comprise et ainsi pratiquée, elle inspire à ses malheureuses tributaires.

Les prostituées, on le voit, ne sont point aussi inconséquentes que leurs historiens veulent bien le prétendre.

Mais allons jusqu'au bout.

Si, pour elles, la reclusion à l'hôpital est une cause positive de chômage, la maladie en est bien une aussi. Et ce second obstacle, quoique de plus courte durée, quoique plus facile à tourner que le premier, n'en est pas moins réel, pas moins pénible pour elles ; car il leur nuit non-seulement au moment présent, par la douleur que, pendant le coït elles ressentent de ce mal et par la répugnance qu'il inspire, mais aussi plus tard par la méfiance, les soupçons qu'entraîne sa divulgation, par le désachalandage, en un mot, sans compter les vengeances auxquelles elles sont aussi exposées de la part de ceux qu'elles ont infectés. Elles le sentent donc parfaitement, cet obstacle à leur commerce. Et si on les voit le plus souvent agir comme si elles n'en tenaient aucun compte, si elles dissimulent leur mal au risque de le laisser aggraver, ce n'est pas qu'elles y soient indifférentes : non, c'est tout simplement parce qu'elles ne peuvent pas le déclarer sans s'exposer à coup sûr aux conséquences ci-dessus énoncées ; et parce que, en gardant la maladie plutôt que d'accepter le remède tel qu'il leur est imposé, elles ne font que se conformer au précepte pratique : « De deux maux il faut choisir le moindre ! »

Voyons maintenant la contre-partie :

Supposons que, en se rendant *au Bureau des mœurs*, elles sachent y trouver non pas seulement des médecins qui les inspectent, mais des médecins qui les traitent, qui, s'il est possible, les traitent de manière à les dispenser de l'hôpital. Alors, naturellement, elles mettront plus de bonne volonté à se faire visiter. Elles viendront d'elles-mêmes à la visite, et elles y viendront au début même du mal, leur empressement à le signaler dès son apparition et leur régularité à revenir ensuite le faire soigner 2 ou 3 fois par semaine étant, on le leur fera aisément comprendre, la con-

dition au prix de laquelle elles pourront être exemptées du séjour à l'hôpital.

Dans ce système, les visites répondront donc à une double nécessité; ou plutôt il y aura, par le fait, deux sortes de visites : celles de *surveillance*, celles de *traitement*.

Or, si les sujets inspectables n'ont plus peur de se faire inspecter, si l'on peut compter qu'elles s'y décideront avec moins de résistance, les visites de surveillance pourront être plus espacées et les visites de traitement plus rapprochées. Par conséquent, on ne verra plus, comme cela est à présent la règle partout, un médecin perdre 3 ou 4 heures à examiner une centaine de filles, pour en trouver à peine 5 ou 6 malades ou suspectes; et le temps qu'il emploie à cette besogne stérile, il le consacrerà à intervenir activement par la thérapeutique dans des visites obligatoires elles aussi, et répétées à aussi court intervalle qu'il le jugera nécessaire, quotidiennes parfois s'il le faut.

Je ne supprime point pour cela l'hospitalisation. Non : elle doit rester, elle restera; d'abord comme un moyen de traitement indispensable dans certains cas déterminés que nous allons bientôt étudier. Elle restera surtout comme une perspective utilement effrayante, comme un moyen comminatoire pour celles des prostituées qui, ayant des maladies susceptibles d'être guéries en ville, en compromettraient le traitement par leur négligence à venir s'y faire soigner.

Ainsi que dans tous les systèmes pénaux bien ordonnés, l'hôpital aurait donc le caractère de ces mesures qui servent à prévenir les infractions autant pour le moins qu'à les punir. On saurait qu'il est le plus souvent possible de l'éviter au prix de quelque exactitude, de quelque régularité; et l'influence préventive d'une pénalité éventuelle serait beaucoup plus efficace que celle d'une correction qui, comme cela a lieu maintenant, atteint toutes les délin-

quantes, quelle que soit la légèreté de leur faute, quelque innocente, involontaire qu'en ait été l'origine, quelque bonne volonté qu'elles aient mise à en empêcher les effets aussitôt qu'elles ont pu les apercevoir.

§ II. De l'inscription des prostituées.

Est dite prostituée toute femme qui se donne à quiconque la paye. — La quotité du prix n'y fait rien. Toutes doivent être assujetties aux mêmes mesures sanitaires sans autres différences que celles propres à rendre ces mesures plus effectivement applicables selon les circonstances.

Les femmes qui déclarent exercer cette profession doivent, sous le rapport des garanties qu'elles sont tenues de fournir, être assimilées aux commerçants. L'autorité a donc le droit de veiller, ici comme dans les autres espèces de négoce, à ce que la marchandise livrée ne soit pas d'une nature préjudiciable à la santé du consommateur.

Celles qui ne se déclarent pas doivent être assimilées aux fraudeurs. La découverte de cette fraude regarde presque exclusivement la police, soit qu'elle procède par constatation directe du fait, soit que les habitudes, les allures, l'absence de tout autre moyen de subvenir à ses besoins créent pour telle ou telle femme une suspicion suffisamment légitime. Parmi ces éléments d'enquête, peut et doit figurer la multiplicité des maladies vénériennes comptées pendant un laps de temps déterminé. — Dans de telles conditions, la fille est inscrite d'office.

Mais ce concours de circonstances se présentant rarement, la constatation, et par conséquent la répression ou l'assainissement de la prostitution clandestine reste au nombre des desiderata à la fois les plus importants et les plus difficiles à réaliser. Le règlement qu'on va lire se propose d'atteindre ce but d'une manière indirecte mais sûre, en

inspirant aux prostituées clandestines le désir de passer à l'état de prostituées inscrites, et d'être soumises non-seulement à une surveillance régulière, mais aussi à des soins réguliers en cas de maladie.

§ III. Règlement.

Art. 1^{er}. Dans toute ville de plus de dix mille âmes, il est établi un *Dispensaire spécial*, auquel, outre le personnel de service, seront attachés des médecins en nombre proportionnel avec le chiffre de la population, et choisis de façon à ce que leur domicile corresponde autant que possible aux divers quartiers de la ville.

Art. 2. Ce Dispensaire sera ouvert au traitement gratuit des maladies vénériennes, pour les personnes des deux sexes, tous les jours, savoir: de 8 à 9 heures du matin, pour les malades libres; et de 9 à 11 heures pour les prostituées inscrites, soit en maison, soit libres. Le service y sera fait par tous les médecins à tour de rôle.

Art. 3. Les médecins du Dispensaire devront, en outre, tenir tous les jours, pendant une heure au moins, chez eux, une consultation gratuite pour les maladies vénériennes.

Art. 4. Les filles inscrites, en maison, sont tenues de se présenter, malades ou non, tous les 15 jours, au Dispensaire, pour y être examinées. — Les filles inscrites, libres, sont assujetties à la même visite tous les 15 jours; mais elles pourront, à leur gré, la subir soit au Dispensaire soit à la consultation gratuite au domicile de l'un des médecins du Dispensaire.

Art. 5. Lorsqu'une prostituée sera reconnue être malade, le médecin aura à décider, d'après une *instruction* annexée à ce règlement, si elle doit être envoyée à l'hôpital ou si elle peut être traitée en ville (soit au Dispensaire, soit aux consultations gratuites). — L'envoi à l'hôpital, qui n'a pas

été prononcé tout d'abord, peut, selon les circonstances, être ordonné à l'une des visites ultérieures.

Art. 6. Tant que le médecin jugera que le traitement peut être continué en ville, il écrira sommairement sur une carte remise à la malade le siège, la nature de son mal, ainsi que le jour où elle sera tenue de revenir. Cette indication sera répétée sur un registre qui reste, selon le cas, soit au Dispensaire, soit chez le médecin qui aura commencé le traitement. La malade qui, sans motifs valables et dûment certifiés, ne se sera pas représentée au jour fixé par le médecin, ou qui, se présentant chez un autre médecin, aura omis de lui apporter la carte indicative délivrée par le premier, sera passible de peines parmi lesquelles figurera en première ligne l'envoi à l'hôpital.

Art. 7. Tous les huit jours, les médecins adresseront au bureau du Dispensaire le relevé des visites, soit de surveillance, soit de traitement, qu'ils auront faites chez eux. — Ils y transmettront également, et sans retard, le nom des filles dont ils auront ordonné l'envoi à l'hôpital, ainsi que de celles qui ne seront pas revenues aux jours fixés, pour suivre le traitement.

Les notes des médecins, collationnées, feront reconnaître si ces filles ont cessé de se faire soigner, ou si elles ont simplement changé de médecins; et il sera pris, en conséquence, contre les délinquantes telles mesures que de droit.

Art. 8. Tous les vénériens, sans distinction, traités au Dispensaire ou chez les médecins, pourront, en cas d'indigence, recevoir tout ou partie des médicaments nécessaires à leur guérison. — Il pourra, dans les mêmes conditions, leur être délivré des *bons* de pain et de viande.

Art. 9. Une prime de 10 fr. est accordée à toute femme qui, spontanément, se sera fait inscrire, pourvu qu'il soit prouvé par enquête qu'elle vit, depuis un temps déterminé,

dans les conditions qui motivent cette mesure. Les prostituées inscrites, en cas d'indigence, auront droit aux visites du médecin du dispensaire ainsi qu'aux médicaments, dans leurs maladies de toute espèce.

Art. 10. Les filles, inscrites ou non, reconnues atteintes de maladie vénérienne, qui exprimeront le désir d'entrer à l'hôpital, y seront, sur leur demande, admises immédiatement et traitées dans une salle spéciale. Dans ce cas, une tolérance plus grande pourra être apportée à les en laisser sortir avant guérison complète, à la condition par elles de continuer exactement leur traitement en ville, sous les peines spécifiées ci-dessus.

Art. 11. Des permissions de sortie temporaire, pour quelques heures, contre le dépôt d'un objet de prix, laissé en nantissement pour garantir la rentrée, pourront être accordées à celles des filles qui, traitées à l'hôpital, auront mérité cette faveur par leur bonne conduite, et seront reconnues n'avoir aucune lésion susceptible, pendant leur sortie, d'occasionner une transmission morbide.

Art. 12. Sera envoyée d'office à l'hôpital toute fille : 1° qui aura été reconnue avoir contaminé un individu ; 2° qui aura manqué, étant malade, à l'une des visites, soit au Dispensaire, soit chez les médecins, aux jours qui lui avaient été marqués pour s'y rendre, sans avoir justifié de motifs valables la retenant chez elle et avoir, dans ce cas, envoyé au Dispensaire, avant midi, l'adresse où le médecin pourra aller la voir.

§ IV. *Instruction.*

(Cette instruction, destinée aux médecins des Dispensaires spéciaux, n'a rien d'impératif. Elle est uniquement destinée à expliquer le sens dans lequel ils pourront le mieux appliquer le système nouveau, mais les laisse

absolument libres d'agir selon les indications particulières et d'après les inspirations de leur conscience.)

Les soins que les vénériens de tout sexe et de toute condition reçoivent au nom de l'intérêt public ont pour objectif principal de neutraliser aussi vite et aussi complètement que possible la propriété contagieuse de leurs lésions.

Par conséquent c'est la possibilité ou la difficulté d'atteindre ce but qui doit surtout guider le médecin lorsqu'il a à décider s'il traitera une malade en ville ou s'il l'enverra à l'hôpital. La nature, l'acuité, la durée prévue de telle ou telle maladie, son impressionnabilité aux remèdes constituent l'un des éléments de cette appréciation. Un autre élément essentiel consiste dans le caractère, la docilité, la situation sociale des malades.

Il importe de faire comprendre aux malades, dès la première visite, de leur expliquer avec clarté et avec douceur : que, en se rendant régulièrement, soit au Dispensaire, soit chez le médecin ils peuvent espérer une prompte guérison; qu'ils seront ainsi affranchis d'un séjour pénible à l'hôpital; que, dans la très-grande majorité des cas (8 fois au moins sur 10) ni la maladie ni le traitement ne les obligent à suspendre leur travail d'artisan; que le coût, qui d'ailleurs infecterait des innocents, est pour eux une cause infaillible d'aggravation en intensité et en durée de leur mal. — Pour les prostituées, on pourra ajouter à ces explications que, en laissant par leur négligence ou leur indocilité leur mal s'exaspérer, elles s'exposent à être envoyées à l'hôpital; qu'on s'engage, du reste, à leur faire connaître, dès qu'il sera venu, le moment où leurs lésions auront cessé d'être contagieuses.

Dans la plupart des cas, il conviendra d'essayer d'abord le traitement en ville et de n'ordonner le séjour à l'hôpital que si, par le fait de la nature même de l'affection ou par

la faute du malade, on reconnaît, à l'aggravation du mal, la nécessité de recourir à cette dernière mesure.

Doivent toujours être envoyées à l'hôpital les malades qui en font la demande.

Passons maintenant en revue les diverses maladies vénériennes, en les examinant au double point de vue de leur contagiosité, et de l'opportunité de les traiter soit en ville, soit à l'hôpital. Cet examen, bien entendu, ne porte que sur les maladies des femmes.

Blennorrhagie.

La vaginite et l'urétrite sont, en tant qu'agents de contagion, des maladies essentiellement dangereuses.

D'abord, même à l'état aigu, — notamment l'urétrite, — elles ne mettent aucun obstacle à l'accomplissement du coït. Puis elles sont on ne peut plus aisées à dissimuler. Enfin, très-souvent elles passent et parfois en quelques heures d'un état où l'on était fondé à les déclarer inoffensives à un état de contagiosité réelle.

Pour constater si cette maladie existe chez les prostituées, il importe : 1° de ne procéder à leur examen, lors des visites de quinzaine, qu'après les avoir laissé attendre, pendant au moins une heure, dans un local où elles seront surveillées de manière à ne pouvoir ni s'essuyer, ni se laver, ni uriner ; 2° de renvoyer à un nouvel examen, à faire dès le lendemain, les filles chez qui l'examen du vagin, de l'urètre y ferait découvrir les traces d'une injection récemment pratiquée ou de l'urine récemment expulsée.

La vaginite et surtout l'urétrite aiguës sont les maladies qui nécessitent le plus impérieusement le séjour à l'hôpital. Et cela, d'abord parce qu'elles sont essentiellement contagieuses ; puis parce qu'elles peuvent être promptement

et radicalement guéries par des moyens thérapeutiques (bains, boissons délayantes; plus tard copahu, injections astringentes), moyens qui n'ont de succès qu'à la condition d'être appliqués très-régulièrement, et dont l'exécution en ville est difficile à effectuer et plus difficile encore à contrôler.

Quant à la *méto-vaginite chronique* des prostituées, elle mérite sans doute un traitement actif; et sans doute, quand son produit de sécrétion offre les caractères de la transmissibilité, il convient d'essayer de le tarir par un traitement topique méthodiquement et régulièrement exécuté, tel qu'on peut le suivre à l'hôpital. Mais si le mal a résisté à 6 ou 8 semaines de cette médication, — qui, d'ailleurs, l'aura certainement atténué, — il ne faut pas s'opiniâtrer. Le séjour de l'hôpital avec sa reclusion, l'atmosphère malsaine, le régime tenu qu'il implique, avec la dépression morale qui, dans ce cas, l'accompagne souvent, engendre une anémie qui fait plus pour entretenir la leucorrhée que les topiques ne peuvent faire pour la détruire. Il vaut mieux indiquer aux filles atteintes de cette infirmité quelques injections d'une composition simple, d'une exécution facile, à faire quotidiennement, surtout avant le coït, et les laisser libres de veiller elles-mêmes à cette hygiène qui leur est si utile, sauf à revenir prendre de nouveaux conseils au Dispensaire ou aux consultations en ville, dans le cas d'une exaspération phlegmasique tant soit peu aiguë, tant soit peu durable.

Chancrelle.

Le but capital du médecin étant de tarir le plus vite possible la source contagieuse, la cautérisation de l'ulcère se présente en première ligne pour remplir cette indication.

Or, selon la période à laquelle l'ulcère se trouve au mo-

ment où on le voit pour la première fois, la cautérisation doit être ou destructive, ou simplement modificatrice.

Chez les malades autres que les prostituées, la cautérisation destructive ne doit guère être employée que comme agent abortif. En effet :

La chancrelle ne dure en moyenne, que de 4 à 5 semaines.

Or la cautérisation destructive produit une plaie qui exige pour sa guérison plus ou moins de temps, selon la largeur de l'ulcère cautérisé, c'est-à-dire selon la date plus ou moins ancienne de cet ulcère au moment où on l'a cautérisé.

Supposons, par exemple qu'au moment où le médecin l'a vue pour la première fois, la chancrelle datât de 12 jours et eût eu le temps d'acquérir 12 millimètres de diamètre. Évidemment ce serait un mauvais calcul que d'entreprendre, dans ces conditions, sa cautérisation abortive ; car la plaie résultant d'une application caustique aussi large et aussi profonde qu'il faudrait la pratiquer demanderait bien, pour se fermer, une vingtaine de jours. Or ces 20 jours additionnés aux 12 jours déjà écoulés lors de la cautérisation forment un total de 32 jours, juste la moyenne du temps requis pour qu'une chancrelle guérisse, sans cautérisation, par l'emploi de topiques simplement astringents. Qu'aurait donc gagné le malade, à ce compte ?

Mais cette méthode, ainsi condamnée s'il était question d'un malade ordinaire, doit au contraire être préférée quand il s'agit d'une prostituée, chez qui le but principal est d'empêcher qu'elle soit un moyen de transmission du mal ; car il n'est aucune médication qui neutralise aussi complètement et aussi sûrement que la cautérisation le principe contagieux de la chancrelle.

Donc, cautérisation par la pâte de Canquoin de toute chancrelle génitale ou périgénitale, lorsqu'on peut constater

qu'il n'en existe pas simultanément d'autres dans des régions difficilement accessibles au caustique, et dont la sécrétion, venant ensuite à baigner les plaies résultant de la cautérisation, pourrait réinoculer celles-ci.

La cautérisation destructive, ainsi pratiquée, dispense, bien entendu, du séjour à l'hôpital. Une exception doit être faite pour les chancres du col utérin, ou des plis de l'anus. Ces chancres, en effet, exigent, soit pour guérir, soit surtout pour que la sécrétion contagieuse soit constamment neutralisée à leur surface, exigent, dis-je, des soins minutieux, assidus, pour la stricte exécution desquels il serait d'autant plus imprudent de compter sur l'entourage ordinaire des filles, que les ulcères de ces deux régions ne les empêchent point de se livrer au coït, éventualité dangereuse contre laquelle la recluse à l'hôpital donne seule des garanties certaines.

Doivent également être envoyées à l'hôpital les chancres frappés de phagédénisme; car le repos, le régime, les bains, l'exactitude et la perfection des pansements, etc. sont les conditions essentielles de leur thérapeutique, conditions qui ne sauraient être remplies dans le milieu où se trouvent nos malades.

Hors ces sièges exceptionnels ou cette forme insolite, les chancres vulgaires de la vulve, des grandes lèvres, des cuisses, du pénis peuvent parfaitement être traités au Dispensaire, soit par la cautérisation destructive, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, soit par l'attouchement avec le crayon de nitrate d'argent, répété tous les deux jours. Un peu d'habitude aura bientôt mis le médecin à même de donner au temps d'application du crayon une durée suffisante pour que l'eschare qui résulte de cette application ne soit tombée qu'au bout de 48 heures, au moment de la visite suivante. Dix à douze séances ainsi échelonnées régulièrement de 2 en 2 jours suffiront, dans la très-grande majorité des

cas, pour amener à l'état de plaie simple, c'est-à-dire désormais inoffensive, des chancres qui, d'ailleurs, par ce procédé auront été, pendant leur cours, maintenues exemptes de toute propriété contagieuse.

Bubon.

Il n'y a lieu de mentionner ici que les bubons chancereux, car eux seuls sont un agent de contagion. Or, la douleur et la réaction fébrile qui en sont la conséquence, les larges plaies contagieuses auxquelles ils donnent lieu, la difficulté qu'il y aurait à maintenir pendant toute leur durée à l'état de surfaces non contagieuses ces plaies sinueuses, sont autant de raisons pour que les malades porteurs d'une telle lésion soient envoyées à l'hôpital, dont en pareil cas, du reste, elles sont les premières à désirer le séjour. — Une exception pourrait être faite pour celles qui seraient en état de recevoir chez elles les soins réguliers du médecin.

Syphilis.

Au point de vue qui nous préoccupe spécialement, c'est-à-dire au point de vue de sa transmissibilité, la syphilis peut être divisée en deux périodes chronologiques se succédant l'une à l'autre et de durée très-inégale.

La première comprend l'évolution du chancre et de la première poussée secondaire, laquelle survient au terme, à peu près fixe, de six semaines.

La deuxième comprend tout le cours ultérieur de la maladie.

Or, pendant la première période, il existe constamment quelque lésion contagieuse. C'est d'abord le chancre ; plus tard les premières plaques muqueuses ; et, naissant entre ces deux lésions, entre les accidents primitifs et les se-

conclaves, ceux dits *successifs*, ces érosions ou même ces simples érythèmes sécrétants qui se produisent si souvent dans le voisinage du chancre aussitôt après sa cicatrisation; lésions d'autant plus importantes à connaître et à réprimer que, très-bénignes, insignifiantes en apparence, non douloureuses, elles n'éveillent point l'attention du malade, qui, à ce moment, se trouve avoir hâte d'en finir avec la continence que le chancre lui a imposée.

La deuxième période, très-longue, se prolongeant en moyenne pendant 10 ou 12 mois, a un tout autre caractère. Parmi les lésions qui y éclatent, il en est beaucoup (les éruptions cutanées, l'onxis, la syphilide plantaire et palmaire, les adénopathies, les céphalées, périostoses, etc.) qui, cliniquement, n'offrent aucun danger de contagion. D'autre part, même parmi celles qui sont éminemment contagieuses, je veux parler des plaques muqueuses, il n'y a de dangereuses sous ce rapport que celles siégeant sur les régions entre lesquelles, durant les rapports sexuels, s'établissent les contacts intimes, c'est-à-dire à la bouche et aux organes ano-génitaux. Enfin ces plaques muqueuses n'existent point continuellement; elles s'effacent, puis reviennent de temps en temps, en moyenne 4, 5 ou 6 fois durant le cours d'une syphilis d'intensité ordinaire.

La conclusion à tirer de cette étude en découle d'elle-même. Si la syphilis était, comme on le croyait autrefois, une maladie dont on se rend maître par un traitement spécifique de 3 ou 4 mois, la déduction serait facile et l'indication toute simple : retenir pendant ce laps de temps à l'hôpital toute fille sur laquelle, primitif ou secondaire, on aurait découvert un symptôme syphilitique quelconque. — Mais personne, aujourd'hui, n'a plus cette conviction optimiste. Quelle que puisse être, doctrinalement, la vertu préservatrice attribuée aux spécifiques, on sait que, en fait, traitée ou non, toute vérole est sujette à

récidiver. Aussi a-t-on avec raison cessé de considérer un traitement soi-disant complet comme une garantie de santé ultérieure; et sans négliger l'emploi concomitant des spécifiques, consacre-t-on, en hygiène spéciale, sa principale attention à surveiller, reconnaître et réprimer les lésions contagieuses qu'on sait pouvoir apparaître à n'importe quelle époque, après n'importe quel traitement.

Donc il est prudent, et par conséquent il est nécessaire d'envoyer à l'hôpital toutes les filles atteintes de *chancre* et de les y garder pendant un temps que j'évalue approximativement à 2 mois et demi ou 3 mois comptés à partir du début du chancre.

Passé ce terme, c'est-à-dire une fois qu'on a vu et réprimé la première éclosion des plaques muqueuses anovulaires et buccales, il convient d'accorder aux malades leur sortie, en les éclairant sur la probabilité d'un retour de la maladie dans ces régions, en les avertissant que, dans le cas où quelque chose de semblable y reparaîtrait, rien ne serait plus facile que de les en débarrasser en une ou deux séances, au Dispensaire ou aux consultations, pourvu qu'elles s'y présentassent sitôt le mal aperçu, leur rappelant surtout que, en cas d'infraction à ce conseil, elles encourraient le renvoi à l'hôpital.

La thérapeutique des plaques muqueuses repose sur des principes et sur des moyens d'exécution.

Le traitement général a-t-il quelque influence pour abréger la durée de ces lésions et pour en empêcher le retour? Ceci est admis par la plupart des auteurs, nié cependant, formellement nié, par quelques autres.

Mais ce qui n'est ni contesté, ni contestable, c'est que si l'on se borne au traitement général, si l'on ne fait qu'administrer les spécifiques à l'intérieur, la durée des plaques muqueuses sera très-longue, indéfinie pour ainsi dire.

De là résulte, notamment pour la médecine des pros-

tituées, l'indication formelle d'appliquer aux plaques muqueuses une médication locale ; car à la lésion éminemment contagieuse il faut le traitement éminemment expéditif.

Or, on le sait, il serait illusoire de compter sur la régularité de ce traitement, s'il devait être exécuté à domicile, si l'on abandonnait aux filles le soin de faire les pansements nécessaires. C'est donc au Dispensaire ou à la consultation, par le médecin lui-même et à chaque visite, que le traitement local doit être appliqué.

Et il doit l'être, à chaque visite, de manière à neutraliser la propriété contagieuse de la plaque, pendant le temps qui s'écoulera jusqu'à la visite ultérieure.

C'est donc au médecin à proportionner, selon les circonstances particulières, l'énergie du pansement à la longueur de l'intervalle qu'il croira devoir mettre entre les visites ; ou, dans d'autres cas, si cela lui paraît plus pratique, plus en rapport avec certaines nécessités, à proportionner l'intervalle entre les visites à l'énergie du pansement qu'il aura cru devoir appliquer.

Les topiques efficaces contre la plaque muqueuse sont en grand nombre. Mais il est une préparation que nous recommandons de préférence : ce sont les solutions de sublimé. Elles ont, en effet, le triple avantage d'agir promptement et profondément ; de pouvoir aisément répondre par leur degré variable de concentration aux indications différentes résultant de l'état sec ou humide, écailleux, végétant, ulcéreux, sécrétant de la plaque ; enfin de ne tacher ni le linge ni la peau.

Le traitement sera modifié selon les diverses formes de la plaque muqueuse qui viennent d'être passées en revue. Mais une autre division, toute pratique, mérite d'être établie : c'est celle à faire entre les plaques muqueuses de la région ano-génitale et celles de la bouche.

Quant aux premières, elles offrent l'aspect typique; sont rarement le siège d'une véritable ulcération, le plus souvent un peu végétantes et parfois confluentes. L'humidité et la chaleur de la région les rendent très-perméables, spongieuses, *imbibables*, si je puis le dire, condition précieuse pour le succès des topiques liquides.

Là le traitement normal consistera à les toucher à plusieurs reprises successives avec un pinceau imbibé d'une solution de sublimé. Ayez quatre ou cinq flacons renfermant des solutions à titre progressif: au cinquième, au dixième, au vingtième, au trentième, au quarantième. On choisira entre elles selon la largeur, la saillie, la consistance des plaques, selon leur siège (cutané ou muqueux), selon la sensibilité de la région et celle du sujet, mais toujours en faisant l'attouchement assez fort, avec une solution assez concentrée, pour que l'état de surface cautérisée demeure substitué à l'état de surface syphilitique jusqu'à l'époque de la prochaine visite, c'est-à-dire pendant deux ou trois jours. Le médecin aura bientôt acquis l'habitude d'agir dans chaque cas de manière à remplir, sans trop la dépasser, cette indication capitale.

A la bouche, des conditions anatomiques différentes réclament un topique et un manuel opératoire nouveaux. Ici, à part les lésions de la surface extérieure des lèvres et du pli labio-mentonnier, c'est l'état ulcéreux qui prédomine. Or, à quelque degré que cet état se présente, simple dépolissure, érosion, exulcération, ulcération, perte de substance, il n'est justiciable que d'un seul agent, de celui auquel sa constante efficacité a justement valu le nom de spécifique, du nitrate acide de mercure.

L'application de ce caustique neutralise la contagiosité de la surface ulcérée pour un temps plus ou moins long, suivant qu'on a tenu en contact plus ou moins longtemps, qu'on a appuyé plus ou moins fortement sur l'ulcère, le

corps porte-caustique (pinceau, boulette de charpie, allumette) imbibé de ce liquide. On peut donc, en usant de ce précieux agent, espacer impunément les visites à trois, quatre et même dans quelques cas à cinq jours d'intervalle. D'après mon expérience, deux, au plus trois séances de cautérisation, ainsi échelonnées, c'est-à-dire répétées aussitôt que l'escharre résultant de la précédente est tombée, ont raison de toutes les plaques muqueuses buccales (1).

(1) Afin d'économiser le temps et d'éviter toute chance de laisser quelques lésions inaperçues, il importe, surtout pour la bouche, où ces lésions échappent si aisément au regard, que le premier médecin qui les a vues et cautérisées les signale distinctement à l'attention du collègue qui aura à les examiner à la visite suivante. Rien de plus aisé, au moyen de signes convenus, que d'écrire en peu de mots, en quelques lettres, cette mention sur le registre et sur la carte.

Ainsi, pour désigner une plaque siégeant au côté droit du frein de la langue, mettez ceci : « pl. c. d. fr. ling. » Si vous avez écrit : « ulc. pil. post. g. », votre successeur lira clairement sous cette abréviation l'indication suivante : « ulcère situé sur le pilier postérieur du voile du palais, du côté gauche. »

Il est entendu que cette mention du principal accident n'a pour but que d'empêcher de le méconnaître, mais que, celui-ci une fois vu et pensé, il n'en faudra pas moins, à chaque visite, chercher, par une exploration attentive, s'il n'en existe pas d'autres.

Cette exploration de la bouche constitue un art dont je ne renonce pas à tracer un jour les règles. En attendant je me borne à indiquer, dans l'ordre de leur fréquence, les divers sièges que les lésions syphilitiques affectent dans cette cavité :

- Face interne des amygdales.
- Piliers du voile du palais.
- Face interne des lèvres.
- Bords et pointe de la langue.
- Dos de la langue.
- Commissure des lèvres.
- Face interne des joues.
- Voûte palatine.
- Face antérieure du voile du palais et luette.
- Frein de la langue et ses bords.
- Paroi postérieure du pharynx.
- Replis glosso-épiglottiques.
- Face postérieure du voile du palais. Gencives.

Il n'est pas inutile de demander que les locaux où ont lieu ces explorations reçoivent une lumière suffisante, j'entends par là une lumière surabondante.

Les poussées de syphilis constitutionnelle peuvent, selon leur importance, selon la situation pécuniaire, hygiénique du sujet, sa docilité, etc., exiger ou ne pas exiger le séjour à l'hôpital. Mais il est, à ce sujet, une différence que je tiens à bien spécifier : dans le traitement des lésions diverses qui constituent ces poussées (syphilides, onyxis, iritis, albuginite, céphalée, nodus, contractures, rhinite, anamnésie, etc.) on ne doit, pour prendre l'une ou l'autre décision, se laisser guider que par l'intérêt de la malade. Au contraire, s'il s'agit des plaques muqueuses génitales et buccales, le motif déterminant, alors, est l'intérêt de ceux qui peuvent être infectés par cette lésion.

Or, indolente, aisément dissimulable, sans influence sur la santé générale, éminemment contagieuse, cette lésion nécessiterait impérieusement la séquestration de tout sujet qui en est atteint, si, fort heureusement, ses dangers n'étaient pas compensés par l'extrême promptitude avec laquelle elle cède à une médication purement locale. C'est donc à la possibilité d'appliquer méthodiquement cette médication, en d'autres termes aux moyens d'obtenir des prostituées malades l'exactitude aux visites, que se réduit le traitement des plaques muqueuses, et que se résume aussi presque entièrement la police sanitaire relative aux maladies vénériennes.

Tel est l'ensemble des mesures dont l'exécution me semble devoir atteindre aussi complètement que possible le but vainement poursuivi jusqu'à ce jour. Je n'ajouterai qu'un mot : il est relatif à leur exécution même.

Sans doute, je suis convaincu autant qu'on puisse l'être de la supériorité de ma réforme sur l'ancien mode de sur-

veillance et de répression sanitaires. Mais je suis non moins convaincu de la difficulté, quelque simple qu'elle paraisse, de faire adopter et surtout appliquer immédiatement cette méthode. Autre chose, en France, est de modifier les idées, autre chose de modifier les bureaux.

Or, le plan que je propose n'est pas plus un système d'une seule pièce que je ne suis, moi, un homme d'un seul mot. Ce système comporte parfaitement l'application de l'une seulement de ces parties. En attendant sa promulgation officielle, ceux de nos confrères qui le trouveraient juste peuvent donc en prendre l'esprit, sinon la lettre, pour règle de conduite. Le médecin d'hôpital qui ne prolongera pas le traitement général beaucoup au delà du temps nécessaire pour réprimer la poussée actuelle, qui apportera sa principale attention à guérir promptement, par une médication locale, les lésions contagieuses, agira dans le sens que j'indique. Entrera également dans mes vues le médecin inspecteur qui, doux et poli quoique ferme avec ses clientes spéciales, apportera une juste réserve à édicter leur envoi à l'hôpital, et prendra sur lui de donner parfois aux moins gravement atteintes quelques conseils simples susceptibles d'être exécutés chez elles. L'un et l'autre sont mes partisans, en effet, puisqu'ils travaillent à réaliser les deux objectifs essentiels de mon système : 1° rendre pour les prostituées l'hospitalisation plus rare et de plus courte durée ; 2° pousser les prostituées clandestines à moins redouter l'*inscription*, en leur montrant qu'elle n'est inconciliable ni avec le maintien de leur liberté, ni même avec la faculté de se faire traiter en secret.

J'ai dit que l'application de mon système peut être partielle ; je termine en ajoutant qu'elle se prêterait tout aussi bien à être temporaire. En effet, malgré les avantages que je lui reconnais, ce système a, sans doute, des lacunes et des inconvénients que l'expérience seule fera connaître. En

même temps qu'elle les révélera, l'expérience apprendra, je l'espère, à les neutraliser. Mais dussent-ils être jugés sans remède, dût ce système être en définitive abandonné, — on voit que je fais la concession forte, — ce n'en serait pas moins, selon moi, un grand bien qu'il eût été mis en œuvre pendant quelque temps. Outre les lumières que les hommes de science retireraient infailliblement d'un semblable essai (qu'on est toujours libre d'arrêter quand on veut), il ne serait pas sans utilité, à un autre point de vue, que les prostituées eussent vécu quelque temps sous ce régime ; qu'elles eussent été témoins des efforts que l'on fait pour améliorer leur situation ; qu'elles fussent enfin obligées de reconnaître elles-mêmes que si l'on en revient aux mesures de rigueur, ce n'est qu'après avoir vainement tenté d'obtenir d'elles, par les voies de douceur, les garanties que la société est en droit de leur demander.

II.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA NOSOGRAPHIE DU PURPURA HOEMORRHAGICA ET DES AFFECTIONS PÉTÉCHIALES, par le Dr HUBERT-MOLLIÈRE, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique médicale à l'Ecole de Lyon, lauréat de la faculté de Montpellier.

(Suite et fin.)

OBSERVATION VI. — Diathèse hémorrhagique. — Héritéité. — Purpura généralisé. — Hémorrhagies multiples (poumons, intestin, alvéole dentaire, etc., etc.). — Anémie extrême. — Amélioration.

Jeanne Sangoire, née à Tapon, canton de Belleville, demeurant à Lyon, exerçant la profession de domestique, âgée de 27 ans, entre, le 12 mai 1873, à la Clinique médicale, salle Saint-Roch, n° 10, service de M. le professeur Teissier.

Cette jeune fille, brune et d'apparence assez robuste, fait remonter à 8 jours environ le début de la maladie qui l'amène dans le service. Au point de vue de ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels, elle donne les renseignements suivants : son père et sa mère n'ont jamais rien eu d'analogue à ce qu'elle nous présente aujourd'hui. Son père est mort à 46 ans d'une paraplégie et sa mère d'une fracture de côtes. Elle a perdu son frère, âgé de 22 ans, à l'armée, vraisemblablement d'une phthisie pulmonaire; une sœur a succombé à 24 ans, d'une pleu-

résie (?). Une autre sœur, âgée de 40 ans, s'est toujours bien portée : elle est un peu nervosique et a eu neuf enfants, tous bien portants. Enfin, deux frères, âgés de 28 à 30 ans, sont bien portants. Le dernier de ceux-ci saigne très-souvent quand il se coupe et est sujet à avoir des angines. Du côté de sa mère, rien d'analogue. Seule, une sœur de son père, âgée de 68 ans, était sujette dans sa jeunesse à de fréquentes hémorrhagies nasales et utérines, et cet état paraît avoir disparu à une époque qu'il est assez difficile de préciser.

Pour ce qui la concerne, elle a eu, dans son enfance, à 7 ans, la variole, puis la rougeole, la coqueluche. Réglée à l'âge de 16 ans, étant aux champs, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine si abondante qu'on fut obligé de la transporter à l'hospice de Belleville, où elle resta quinze jours. 15 jours plus tard, elle eut une nouvelle hémorrhagie, aussi abondante que la précédente : ces hémorrhagies se multiplièrent tous les 15 jours ou 3 semaines, jusqu'à l'âge de 21 ans, époque à laquelle ses règles sont devenues régulières. Depuis cette époque et dans l'intervalle des hémorrhagies, elle crachait du sang. A 12 ans, elle s'est aperçue de taches hémorrhagiques sur les jambes, analogues à celles qu'elle présente aujourd'hui, larges de la grandeur d'un écu de 5 francs. Elles ont disparu au bout de quelque temps, et n'ont reparu que rarement, jusqu'à l'époque de la grande hémorrhagie dont nous venons de parler, où elle en a eu sur tout le corps de grandes et de petites (forme miliaire), tout à la fois. Dans l'intervalle, elle ne saigna pas du nez, quoique souvent elle se soit introduit des brins d'herbe dans les fosses nasales, pour provoquer des épistaxis. Depuis l'âge de 21 ans, elle a été deux fois atteinte des mêmes accidents que ceux qui l'amènent aujourd'hui : la première fois, il y a quatre ans, époque à laquelle elle eut aux jambes des furoncles,

qui saignèrent beaucoup ; puis, il y a deux ans, où elle eut un abcès au pli de l'aîne : ces diverses lésions ont donné lieu à des hémorrhagies.

En même temps, depuis plusieurs années, les moindres piqures sont suivies d'hémorrhagies ; c'est ainsi que l'avulsion de deux molaires, il y a deux ans, a donné lieu à une hémorrhagie très-abondante, qu'on a été obligé de tamponner à l'aide du perchlorure de fer. Il y a cinq ans, nouvelle perte très-abondante, ayant menacé l'existence, puis plaques nouvelles, avec hémorrhagies nasales assez fréquentes, mais peu abondantes, survenues depuis l'âge de 15 ans environ. Nous noterons encore des épistaxis et des hémoptysies, l'automne dernier et il y a deux ans.

Depuis qu'elle est réglée, le sang sort par caillots. Les règles, autrefois très-abondantes, duraient jusqu'à quinze jours quelquefois. A présent, elles ne durent que de huit à douze ; elles sont moins abondantes comme quantité aujourd'hui qu'autrefois. Depuis la grande hémorrhagie qu'elle eut à l'âge de 16 ans, elle a toujours eu des taches pétéchiales et hémorrhagiques, soit spontanées, soit consécutives au moindre traumatisme.

Lors de son entrée à l'hôpital, elle prétend être malade depuis 15 jours. Seulement à dater de ce moment, elle a eu des frissons et de la céphalalgie, de l'inappétence, des étourdissements, des envies de vomir, des maux de reins et des douleurs très-vives dans les jambes, accompagnés de faiblesse avec difficulté dans la marche. A son entrée, elle attendait ses règles depuis deux jours, crachait du sang en grande abondance, sans présenter aucun symptôme du côté de la cavité pectorale. L'auscultation et la percussion du thorax, pratiquées avec soin et à diverses reprises, ont toujours été négatives.

La malade est amenée le 12 mai 1873, n'a rien de caractéristique ; les fonctions digestives sont bonnes. Bruit

de souffle anémique à la base et de moyenne intensité. A l'extérieur, la peau présente un grand nombre de taches rouges, les unes petites et miliaires, les autres analogues à une ecchymose de grandeur tout à fait variée, depuis celle d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'un écu de 5 francs. Ces taches passent du rouge au bleu et au jaune; elles sont lentes à disparaître; la moindre pincée les fait venir, et alors elles suivent une évolution identique. Ces taches, bien entendu, ne disparaissent pas par la pression et ne donnent lieu à du prurit qu'aux jambes.

Pas d'arthropathie, ni aujourd'hui ni autrefois. Douleurs musculaires vagues et rares.

En même temps, il s'écoule des gencives et de l'arrière-bouche une certaine quantité de sang; cet écoulement dure depuis 4 jours: il est un peu moins abondant aujourd'hui. Les gencives sont pâles, non ulcérées, ainsi que le pharynx. Les dents ne sont pas ébranlées.

Un peu de chaleur à la peau et d'accélération du pouls. Les urines, examinées à diverses reprises, donnent un précipité rouge vif, dû probablement à l'hématoïdine. La présence d'un peu de pigment biliaire par l'acide nitrique est au moins douteuse.

Cessation de l'hémoptysie dès son entrée; amélioration rapide. Suppression des hémorrhagies. Le 20 mai au soir, les règles sont arrivées et parcourent normalement leur durée. La malade, actuellement, reprend des couleurs; les taches disparaissent, et il ne s'en forme pas de nouvelles. L'appétit est bon.

Les urines, traitées par l'acide nitrique et l'acide sulfurique, ont donné une coloration rouge peu intense. La température, prise les premiers jours par M. Duvault, externe du service, a donné les chiffres suivants: 17 mai, T. 38°; 18, matin, 37° 7; soir, 38°; 19, matin, 37° 6.

Le tracé sphymographique n'avait rien non plus de ca-

ractéristique. Cette malade est restée dans le service jusqu'au 15 juin. Les règles ont reparu et ont donné lieu à une véritable métrorrhagie, médiocrement abondante du reste. Les taches ont diminué, disparu, et la malade est sortie guérie. Deux piqûres d'épingle très-légères ont donné lieu, pendant son séjour dans la salle, à un écoulement sanguin assez abondant.

OBSERVATION VII. — *Purpura hæmorrhagica se rapprochant de la forme classique de la maladie de Werlhoff.*
— *Guérison.*

Le nommé Jacques Chanal, célibataire, âgé de 17 ans, né à Labieux, et habitant Donmartin, exerçant la profession de cultivateur, entre le 18 août 1870 dans la salle Saint-Bruno, n° 18, service de Joseph Faivre. Ce jeune homme nous apprend qu'il y a quelques jours, étant en état d'ivresse, il passa la nuit à la belle étoile, coucha sur la terre nue, et presque immédiatement après, 10 avril, éprouva des douleurs vagues dans les membres inférieurs, accompagnées de sensations de faiblesse. Il vit alors sur ses jambes une multitude de petites taches rouges, qui étaient survenues depuis le début de ces accidents. Le lendemain les jambes s'œdématisèrent ; mais cet œdème a disparu, par suite du séjour au lit. Actuellement le malade est abattu ; la peau moite, chaude ; le pouls bat à 56. Si on examine la surface de son corps, on voit une éruption confluyente formée de taches pourprées sans élévation de la peau. Souffle au niveau des crurales.

23. Le malade, étant descendu se promener à la cour, y a probablement pris un coup de soleil : des accidents très-graves sont survenus. Prostration, température très-élevée. Pouls à 136. Mais le lendemain tous ces accidents

avaient disparu. Le pouls avait repris sa lenteur normale, quoique la peau fût toujours un peu chaude. Le 24, de nouvelles taches ont apparu à la partie postérieure des avant-bras, au dos, au niveau des angles de l'omoplate, sur les fesses et en général dans tous les points du corps un peu saillants et qui appuient sur le lit. Le premier bruit du cœur est sourd et un peu soufflant. Le pouls est à 60. La température axillaire est à $37^{\circ} \frac{2}{5}$. Des taches se voient également à la partie postérieure des bras.

25, au soir. Il se plaint de douleurs vives dans les deux genoux, douleurs, qu'il affirme avoir éprouvées depuis le début de sa maladie. On constate en outre l'apparition de taches ecchymotiques non confluentes, d'une coloration rouge vif avec élevures (certaines surtout aux jambes.) Lorsqu'on passe le doigt, on sent quelques nodosités rappelant les très-petites plaques de l'érythème noueux. La confluence des taches de la jambe donne l'aspect d'un marbre granité. Aucune congestion du côté de la bouche; gencives plutôt pâles. Rien du côté des conjonctives. Mais, avant son entrée à l'hôpital, il a eu des épistaxis très-abondantes. Gonflement douloureux de la gaine des fléchisseurs à droite. Rien à gauche. Langue bonne. Pas d'albumine dans les urines, quelques carbonates et un peu de pigment. — 26. Pouls à 60, très-dépressible. Céphalalgie. Maux d'estomac. Douleurs dans les mollets et les cuisses, surtout à droite, où a reparu une éruption de même nature, tellement confluyente que, par places, on a de véritables pétéchies. La température axillaire marque 39° . On prescrit au malade la limonade sulfurique.

30. Pouls à 73. Soir : Céphalalgie. Peau chaude, pouls à 88. Température axillaire : $40^{\circ} \frac{2}{5}$. Douleurs abdominales et céphalalgie intense. Peau très-chaude. Bruit de souffle au premier temps. Aujourd'hui, le malade a eu quelques taches nouvelles au bras gauche (face antérieure).

— 2 mai. Les taches ont pâli considérablement, cependant le malade a toujours de la céphalalgie. — 3 mai. Apparition d'élevures rouges, violacées, ressemblant aux papules de la variole, sur les jambes et les cuisses. Ces saillies sont tout à fait différentes d'avec les taches de la maladie primitive. Des élevures semblables se montrent à la face et sur le tronc, mais plus discrètes que sur les membres inférieurs, siège des plaques de Werlhoff. Prurit intense. — 5 mai. Ombilication manifeste des pustules discrètes. Faiblesse extrême des jambes; impossibilité de les soulever. — 14. Réapparition des taches de purpura, aussi confluentes qu'auparavant. — 18. Taches très-foncées. 15 gouttes de perchlorure de fer, sulfate de quinine. — 19. Les taches commencent à pâlir. — 26. Le malade part.

OBSERVATION VIII. — *Purpura hæmorrhagica*. — Douleurs rhumatoïdes. — Caverne pulmonaire au sommet gauche. — Mort. — Autopsie refusée.

Paul Noyat, né à Pont-le-Château (Puy-de-Dôme), exerçant la profession de maçon, âgé de 56 ans, entre le 24 mai 1870 au n° 6 de la salle Sainte-Élisabeth, service de la Clinique.

Excellente santé antérieure; rien absolument au point de vue de l'hérédité. Il y a 13 ans, traumatisme grave de l'articulation radio-carpienne gauche, ayant déterminé consécutivement l'ankylose. Il est impossible de trouver aucun antécédent rhumatismal chez ce malade. Autrefois maçon, depuis huit ans il vend des journaux sur la voie publique et est par conséquent souvent exposé à prendre froid. L'hiver dernier surtout il en aurait beaucoup souffert.

fert ; cependant, même cette année-là, il n'éprouva aucune douleur dans les articulations. La maladie qui l'amène aujourd'hui date seulement de trois semaines environ. Il commença à éprouver de la gêne dans la marche, ainsi que dans tous les mouvements des membres inférieurs, le tout accompagné d'une sensation de froid très-intense et très-bien caractérisée. Au bout d'une quinzaine de jours environ (il y en a huit aujourd'hui), il s'est aperçu du développement sur les deux jambes de petites taches rouges épidermiques, plus ou moins confluentes, suivant le point où on les examine, donnant à peine une sensation légère d'élevure, quand on passe le doigt légèrement sur elles : là, très-rutilantes, ailleurs passant à une coloration plus sombre. Les deux articulations tibio-tarsiennes sont tuméfiées, elles ne sont douloureuses que quand le malade veut marcher. Enfin, quand il plie brusquement les genoux, on entend un léger bruit de craquement, qui peut faire croire à un rhumatisme antérieur et méconnu. Le malade affirme n'avoir eu aucune hémorrhagie, ni par le rectum ni par aucune autre voie. Ni fièvre, ni battements de cœur. Appétit conservé.

Quelques jours après on trouve une caverne énorme au sommet gauche. Œdème progressif. Albuminurie.

Traitement : Elixir acide de Haller. Limonade sulfurique. Quinquina et tartrate ferri-potassique.

Mort ; pas d'autopsie, malheureusement.

OBSERVATION IX. — *Cirrhose hépatique. Hémorrhagies sous-conjonctivales et purpura. — Ascite. — Mort. — Autopsie.*

Antoinette Souchon, née à Rive-de-Gier, âgée de 38 ans, exerçant la profession de ménagère, entre, le

21 juin 1872, au n° 8 de la salle Saint-Roch (service de la Clinique).

Cette malade, qui n'a que 38 ans et qui a eu 6 enfants, est d'une constitution herpétique. Depuis 2 ans elle n'est plus réglée; elle n'avait pas paru en souffrir. Elle a eu cependant, il y a 8 ou 10 mois, plusieurs hémoptysies qui n'ont pas reparu depuis 2 mois.

Il y a un mois, elle fut prise d'inappétence, d'envies de vomir, de constipation, de vomissements bilieux; en même temps, elle eut des maux de tête, des vertiges, des tintements d'oreille, de la somnolence, de la lassitude générale, surtout dans les jambes. Il n'y a jamais eu de perte de connaissance ni de paralysie, même passagère. Il y a 15 jours, les symptômes de congestion vers la tête étant les mêmes, les paupières et les conjonctives furent le siège d'une véritable ecchymose. Les paupières étaient excessivement gonflées. Puis, le même jour, les seins furent le siège d'une fluxion qui les rendit très-volumineux et douloureux. Au bout de 3 jours, le gonflement des seins a disparu.

Aujourd'hui, l'embarras gastrique a disparu, les phénomènes de congestion vers la tête persistent. Il y a toujours de l'inappétence, des envies de vomir; vertiges, tintements d'oreilles, mal de tête, somnolence; 2 verres d'eau de Sedlitz.

On constate une ecchymose sous-conjonctivale assez accentuée. Les pupilles sont légèrement dilatées. On ne trouve rien dans l'intérieur de l'œil, tant sur la conjonctive palpébrale que sur la conjonctive oculaire. Cette ecchymose, qui occupait tout d'abord presque toute la région, a duré depuis l'entrée de la malade jusqu'au moment où survinrent les graves accidents terminaux. Le sang épanché n'a pas passé aux diverses colorations, comme cela a lieu en pareil cas: l'ecchymose a disparu graduellement. Cette

femme est sujette à l'acné rosacea de la face et du nez ; son visage prenait l'aspect le plus singulier.

25 juin. — Aujourd'hui, on constate l'œdème des jambes et des pieds, et, sur ces points, il existe du purpura, coexistant avec des ecchymoses pures. — 26 juin : On constate un ictère assez prononcé. Prurigo sur les parois abdominales. Le purpura persiste aux membres inférieurs. Les ecchymoses ont augmenté. 20 gouttes d'elixir acide de Haller ; limonade sulfurique ; eau de Vichy, vin de quinquina, petit-lait nitré. — 24 juillet : Ascite considérable. Ictère très-prononcé. — 3 août : L'ascite a augmenté encore. Affaiblissement. La dyspnée n'est pas bien forte. — 7 août : La dyspnée est très-forte. Affaiblissement général. Ponction abdominale. 10 à 14 litres de liquide citrin, limpide. Après la ponction, on sent un cordon dur au niveau de la face inférieure du foie. — 8 août : La dyspnée a diminué. Légère amélioration dans l'état général. — 9 août : Réouverture de la piqûre. Issue d'une certaine quantité d'un liquide (non fibrineux). A dater de ce jour, l'orifice est resté fistuleux. Le liquide s'écoula en grande abondance par cette ouverture ; puis affaiblissement du poulx. Ictère. État comateux. Œdème des membres inférieurs. Furoncles à la face. Ictère de plus en plus considérable. A ce moment seulement le mari de la malade nous apprend que depuis quelques années elle a des habitudes alcooliques invétérées, et qu'elle boit 2 à 3 litres par jour. État comateux et mort le 24 août.

Autopsie. — Poumons sains, cœur idem. Abdomen, épanchement très-considérable d'un liquide citrin foncé. Beaucoup de graisse dans les épiploons et le coussinet rénal. Reins sains. Rate saine, médiocrement congestionnée. Utérus sain. Viscères volumineux à proportion de l'état athlétique de la malade.

Foie. — Présente toutes les altérations de la cirrhose au

deuxième degré. Il a les $\frac{3}{4}$ de son volume normal. Granulations innombrables jaunes ; les autres rouges, surtout à la coupe. À gauche, le tissu est devenu presque cartilagineux. Il y a çà et là des points de dégénérescence graisseuse. Vésicule pleine de bile ancienne contenant une boue calculeuse. Le canal cholédoque est oblitéré et tordu sur lui-même. Adhérence de la vésicule biliaire au gros intestin. Capsule de Glisson très-adhérente, se déchirant très-facilement. Surface du foie très-granuleuse.

Je dois l'observation suivante à l'obligeance de Joseph Teissier, interne des hôpitaux de Lyon, qui m'a plusieurs fois montré ce malade.

OBSERVATION X. — *Phthisie pulmonaire cachectique,*

Purpura. (Service de M. Meynet.)

Jean Goë, natif du Finistère, tailleur, âgé de 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 mai 1873. Absolument rien, dans les antécédents pathologiques, qui puisse être considéré comme la cause directe des accidents qu'il présente.

Toux fréquente depuis 3 ans, hémoptysies nombreuses, aphonie, caverne au sommet droit. Amaigrissement considérable, anémie profonde. État cachectique des plus prononcés. Le malade porte en outre sur la jambe droite une série de petites taches lie de vin, qui, à son dire, ont apparu la veille de son entrée à l'hôpital. Parmi ces taches, qui du reste sont parfaitement indolentes, les unes ont la dimension d'une pièce de 50 centimes et présentent à leur centre un point plus foncé, qui leur donne exactement l'aspect de piqûres de puces ; les autres, beaucoup plus petites, ressemblent à de grosses têtes d'épingles et possèdent une coloration uniforme dans toute leur étendue. Seule,

la jambe droite jusqu'au genou est envahie par ces petits foyers hémorrhagiques dont les plus volumineux siègent au niveau de la rotule et de la face antérieure de l'extrémité supérieure du tibia, tandis que les plus petits occupent les parties les plus inférieures.

Prescription. — Tisane de lichen et lait. Potion avec 15 grammes de perchlorure de fer. Sirop de raifort.

2 juin. — Le malade a eu pendant la nuit une hémorrhagie très-abondante. Potion avec 30 grammes de sirop de codéine et 50 grammes eau de laurier-cerise.

6 juin. — Les taches hémorrhagiques, qui avaient légèrement pâli les jours précédents, ont disparu tout à coup pendant le sommeil. Deux prises par jour contenant 10 cent. de carbonate de fer, de poudre de cannelle, et d'ergot de seigle.

8 juin. — Nouvelle poussée de purpura ayant envahi les 2 jambes jusqu'au genou. Les taches ont exactement la même forme que précédemment, mais elles sont plus confluentes. Les membres inférieurs sont revêtus d'un piqueté rougeâtre extrêmement serré. La potion au perchlorure, qui avait été supprimée la veille, est rendue au malade.

12 juin. — La coloration rouge foncé commence à s'éclaircir; quelques taches semblent déjà avoir disparu.

14 matin. — On ne trouve plus de trace de purpura, les 2 jambes ont repris leur aspect normal. — 14 soir : Troisième poussée beaucoup plus intense que les 2 autres. Non-seulement les 2 jambes, mais aussi les 2 cuisses sont envahies. Cette poussée se manifeste soit sous la forme de petites taches foncées et arrondies, soit sous la forme de vastes ecchymoses dont les plus larges siègent à la face interne de la jambe droite et sur le dos du pied droit. OEdème malléolaire considérable. La potion au perchlorure est remplacée par une potion avec 15 gouttes d'eau de Rabel.

16. — Les taches commencent à pâlir un peu.

17. — Elles disparaissent, tandis que les ecchymoses semblent s'accroître davantage.

18. — Il n'existe plus de petites taches sur les 2 jambes. Les ecchymoses, de la couleur rouge foncé ont passé à la couleur violette. Cresson.

20. — L'œdème s'efface aussi ; une légère épistaxis a eu lieu à 4 heures du matin.

23. — A leur tour, les ecchymoses disparaissent. Deuxième épistaxis.

24. — Le malade a eu une troisième poussée qui se borne à une trentaine de petites taches réunies en cercle sur la face interne de la jambe gauche. Troisième épistaxis. Le malade se trouvant à une période avancée de la phthisie pulmonaire, la température est toujours relativement élevée, de sorte que les résultats de l'application thermométrique ne peuvent avoir une signification bien précise.

Traitées à différentes reprises par la chaleur, l'acide nitrique et la liqueur de Barreswil, les urines n'ont jamais présenté les caractères dénotant la présence de l'albumine ou du sucre.

Ce malade est mort le 7 juillet et l'autopsie a été pratiquée le 8 du même mois.

A l'ouverture du cadavre, une quantité énorme de sérosité s'échappe des cavités pleurales, péricardique et péritonéale. L'épanchement abdominal existait déjà dans les derniers temps de la vie. L'épanchement dans les plèvres et le péricarde doit s'être fait en grande partie *post mortem*.

Poumons. — Les 2 poumons sont pris dans toute leur étendue ; on y trouve des granulations et de la pneumonie caséuse. On remarque des noyaux tuberculeux sur toute la surface de la plèvre viscérale.

Cœur. — Le cœur est à peu près normal ; les diamètres en sont normaux ainsi que les orifices. Mais il présente une

coloration pâle et une flaccidité telle que le moindre effort suffit pour en déchirer les parois.

Foie. — Pas d'hypertrophie; décoloration très-accusée; dégénérescence graisseuse.

Rate. — Cet organe est notablement hypertrophié. Son grand diamètre atteint jusqu'à 15 et 17 centimètres. Il est d'une mollesse remarquable et d'une coloration rouge framboise très-manifeste. La veine splénique, qui présente la même coloration, possède un degré de liquéfaction considérable. La moindre pression la fait jaillir entre les trabécules fibreuses.

Rein. — Un peu d'hypertrophie. Rien à noter pour les capsules surrénales. Mais le rein proprement dit présente des colorations multiples : 1° sur sa surface, de larges taches ecchymotiques qui atteignent dans certains points jusqu'à 2 ou 3 millimètres d'épaisseur; 2° des noyaux tuberculeux très-apparents, mais d'un nombre restreint (3 ou 4).

Ganglions mésentériques. — Ils sont notablement hypertrophiés à la coupe. On peut reconnaître dans certains d'entre eux des noyaux caractéristiques.

Moelle des os. — 1° Le tibia appartenant à la jambe qui avait été pendant la vie le siège de l'éruption la plus confluente est enlevé. La moelle en est saine, elle présente peut-être un peu d'injection des vaisseaux, mais il n'y a rien de bien déterminé. — 2° Une coupe est pratiquée sur les vertèbres lombaires, parallèlement à la colonne, et ne révèle aucune altération du tissu osseux.

Tissu conjonctif. — Le tissu conjonctif sous-cutané, recouvrant les deux jambes, est examiné dans plusieurs endroits, il ne présente rien d'anormal.

Cerveau. — Point de taches hémorragiques.

Il est facile de voir, à la simple lecture de leurs titres respectifs, combien toutes ces observations diffèrent entre elles, quoique pourtant elles se rapportent, suivant les au-

teurs classiques, à une seule et même maladie. Il serait impossible, en effet, de construire à leur aide une nosographie se rapportant à une affection une et bien définie. Seules les hémorrhagies sous-cutanées ont été constantes, quoique essentiellement variées et par leur forme et par leurs causes et par l'ensemble des symptômes coexistants avec elles. Car, en somme, certaines manifestations symptomatiques très-évidentes, très-faciles à reconnaître (les taches de purpura sont de ce nombre), ne sont pas suffisantes pour créer une entité morbide, si l'ensemble des symptômes généraux, lui aussi, n'est pas le même dans tous les cas. Nous serions donc porté à dire du purpura ce qu'a dit de l'érysipèle notre excellent ami, le docteur Lefèvre, à savoir : que l'éruption qui le caractérise est également un symptôme commun à plusieurs maladies, à une sorte de fièvre éruptive et d'exanthème fébrile (érysipèle médical, spontané, de la face, etc.), d'une part ; à certaines formes de septicémie (érys. traumatique, des blessés, chirurgical), d'autre part ; deux types essentiellement variés par leur début, leur marche, leur courbe thermique, leur pronostic, leur traitement. L'érysipèle scrofuleux, si bien décrit ces derniers temps par notre ami M. Courbon, n'a de commun avec la maladie dont il porte aussi le nom que l'éruption, les autres symptômes étant essentiellement différents (fièvre légère, marche de la maladie, courbe thermique, bénignité extrême, inutilité de tout traitement, etc.).

C'est précisément pour bien faire saisir notre manière de voir que nous avons cru devoir rapporter dans ce travail plusieurs observations dans lesquelles le purpura était manifestement symptomatique, afin que l'on pût bien constater leur ressemblance extrême avec ceux qu'on pourrait croire essentiels. Enfin cet ensemble que l'on a décrit plus spécialement sous le nom de maladie de Werlhoff, et qui

aurait, jusqu'à un certain point, quelque analogie avec l'érythème noueux ou le rhumatisme articulaire aigu, ne nous paraît pas non plus devoir être maintenu, car, en somme, les symptômes prétendus constants (douleurs articulaires, continuité de la fièvre, allure en quelque sorte cyclique de la maladie) sont si inconstants, manquent si souvent, ou s'accompagnent d'autres phénomènes si différents, se rattachant à des causes si diverses, qu'il est difficile de voir là une individualité nosologique.

CONCLUSIONS.

I. La maladie de Werlhoff n'est pas une entité morbide comme le rhumatisme aigu et les fièvres éruptives.

II. Les éruptions de purpura peuvent se rencontrer dans un très-grand nombre de maladies et chez des sujets présentant la constitution et l'état général les plus variés, depuis la santé parfaite jusqu'aux cachexies les plus avancées.

III. La cause de ces hémorrhagies doit être attribuée, dans un grand nombre de cas, à une fragilité originelle innée ou acquise des vaisseaux capillaires de la peau et de certaines muqueuses.

IV. Cette fragilité sera, du reste, très-variable suivant les individus. Elle peut être considérée, dans un très-grand nombre de cas, comme une véritable atténuation de la diathèse hémorrhagique des Allemands (hœmophilie).

V. L'altération du sang par le fait d'une maladie quelconque ne fera qu'augmenter les chances d'hémorrhagie.

VI. Enfin, au point de vue thérapeutique, l'emploi des acides minéraux (eau de Rabel, élixir acide de Haller) a toujours donné d'excellents résultats contre l'accident que nous venons de décrire.

Au moment où nous terminions ce travail, nous avons eu connaissance de la thèse de M. Lucien Vernier (*Quelques considérations sur le purpura hémorrhagique primitif et le purpura secondaire, spécialement dans la tuberculose*), soutenue le 29 mai 1873. Dans cette étude consciencieuse l'auteur admet toujours l'essentialité de la maladie de Werlhoff. Seulement, pour lui, c'est une des formes de la pétéchiанose qui peut survenir dans bien d'autres cas, ainsi que l'indique le titre même de son ouvrage.

III.

DU MYCOSIS FONGOÏDE ou LYMPHADÉNIE CUTANÉE, par Émile DEMANGE, interne de l'hôpital Saint-Louis.

Alibert, dans sa monographie des dermatoses, décrit sous le nom de *mycosis* un groupe mal défini d'affections cutanées, caractérisées par des tumeurs d'aspect divers, ayant de la tendance à s'ulcérer, à produire des fongosités ; il en fait trois groupes désignés sous les noms de *mycosis frambœsioides*, *fongoïdes* et *syphiloïdes* ; il les place tous à la suite des dermatoses véroleuses, et, dans son *Traité des maladies de la peau*, il confond leur histoire avec celle des pians. Il divise les pians d'après leur aspect extérieur, en pian ruboïde et fongoïde ; l'observation du nommé Lucas (1), qu'il considère comme un pian fongoïde, est bien certainement un cas de *mycosis fongoïde*. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, on est parvenu à retirer de ce chaos une variété d'affections qui a conservé le nom de *mycosis fongoïde*, dénomination à laquelle on doit désormais substituer, comme nous le verrons, celui de *lymphadénie cutanée*.

Les observations qui ont servi à en tracer l'histoire sont peu nombreuses, mais leur précision jointe à la concordance des symptômes et des altérations anatomiques ne laisse plus aucun doute sur la nature de cette curieuse maladie.

Voici l'indication de ces observations :

1^o Gillot, thèse de doctorat, Paris, 1868. Obs. I.

(1) Alibert, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 124.

2° Landouzy, *Mémoires de la Société de Biologie*, décembre 1871, p. 184.

3° Debove, *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1872.

4° Enfin, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, nous avons rencontré dans le service de notre maître, M. Vidal, un cas de mycosis fongoïde ; nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de la bienveillance avec laquelle il a dirigé nos recherches sur ce sujet.

OBSERVATION. — *Mycosis fongoïde de la tête et de la face.*

Mort. Autopsie. Examen histologique.

Le nommé Leblanc (Charles), âgé de 69 ans, ouvrier fleur, a toujours eu une bonne santé : jamais il n'a eu de maladie grave ; pas de syphilis, ni de blennorrhagie. Marié à 22 ans, il a eu une fille qui a toujours été bien portante ; son père est mort de vieillesse à 85 ans, sa mère est morte aussi très-âgée ; pas d'antécédents cancéreux dans sa famille, il a des frères et sœurs parfaitement bien portants. Toujours il a habité la campagne, jamais il n'a souffert ni du froid ni de la misère ; pas d'alcoolisme, pas de rhumatisme, de goutte ni de scrofule.

Au mois de juillet 1872, il s'est aperçu qu'il lui venait sur le sommet de la tête deux petites tumeurs du cuir chevelu, assez dures et non douloureuses ; rapidement elles ont atteint le volume d'un œuf de pigeon, puis se sont ulcérées et il en est sorti du sang et du pus. En même temps, il a remarqué que la peau du front et le cuir chevelu devenaient violacés et se couvraient de taches noires en certains points.

Vers la fin de septembre, tout d'un coup apparut un gonflement qui occupa toute la face et le cuir chevelu ; le malade ne souffrait pas, n'avait pas de fièvre et n'avait pas

cessé de travailler ; quelques compresses émollientes avaient fait disparaître cette tuméfaction au bout de cinq à six jours. Cependant les tumeurs du sommet de la tête avaient continué à s'effacer ; d'autres plus petites, semblables aux premières, avaient apparu alentour, et la peau du front devenait de plus en plus violacée. Voyant son mal empirer, le malade entre, le 22 février 1873, à la salle Saint-Louis, n° 46, service de M. Vidal.

A son entrée, nous constatons l'état suivant : la face est notablement tuméfiée, le gonflement occupe surtout le front, le cuir chevelu, la joue droite ; un œdème considérable des paupières empêche l'œil droit de se découvrir ; la peau est très-sensible au toucher, elle est dure, comme épaissie et adhérente aux parties sous-jacentes ; sa coloration est rouge et violacée, lie-de-vin ; par places, quelques taches ecchymotiques. Sur le cuir chevelu, une tumeur molle et ulcérée, du volume d'une noisette, laisse écouler un jus ichoreux ; autour d'elle quatre petites tumeurs, une plus grosse sur le front près de la racine des cheveux ; toutes dures, non ulcérées ; le cuir chevelu est aminci à leur niveau, les cheveux ont disparu, la sensibilité y est conservée.

Le malade a perdu l'appétit depuis quelque jours ; il a un peu de fièvre ; la langue est saburrale.

Bruit de souffle anémique au cœur ; respiration normale. Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.

Le 25 février, le gonflement avait augmenté, surtout à droite ; quelques phlyctènes apparaissent sur la joue, le malade y accuse de grandes douleurs ; les veines de la face du côté droit sont le siège de phlébites multiples qui ont déterminé des coagulations veineuses facilement appréciables au toucher ; l'œdème palpébral a augmenté, néanmoins le globe oculaire reste sain, aucun trouble cérébral.

Le 28, plusieurs points de la peau s'escharifient.

Le 3 mars, des eschares se détachent au niveau de la pommette et près de l'oreille ; en d'autres points la peau est complètement insensible.

Le 10, les lambeaux continuent à se détacher ; la moitié droite de la face n'est plus qu'une vaste plaie à fond grisâtre et sanieux, laissant suinter un pus séreux, mal lié, parfois sanguinolent et répandant une odeur fétide que les désinfectants de toute sorte ont peine à masquer.

Néanmoins l'état général du malade est assez bon ; l'appétit revient un peu. On prescrit un régime tonique et 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le traitement ioduré est continué pendant les mois de mars et d'avril ; il est bien supporté. Les tumeurs qui n'ont pas suppuré s'affaissent et diminuent très-manifestement de volume ; une des plus petites a presque complètement disparu ; la plus grosse s'est mise aussi à suppurer ; une ulcération s'est produite à son sommet, il en est sorti une matière puriforme, blanchâtre ; elle se vide peu à peu et la coque s'affaisse et tombe en putrilage comme celle d'un kyste sébacé en suppuration.

A la fin d'avril, la plaie a une tendance manifeste à se cicatriser ; des foyers isolés de tissu cicatriciel apparaissent sur quelques points et la réparation marche assez vite. Le tissu de nouvelle formation est constitué par une sorte de tissu caverneux dans lequel on trouve des canaux vasculaires récents qui semblent devoir suppléer les veines superficielles oblitérées. On ne constate aucun ganglion engorgé.

Cet état dure jusqu'à la fin de mai ; le traitement ioduré est continué pendant tout ce temps ; les tumeurs les plus anciennes, qui n'ont pas suppuré, ont continué à diminuer, pendant que d'autres ont apparu en tout semblables aux premières.

A cette époque, sans que l'état général du malade se soit

modifié en rien, sans qu'aucune affection intercurrente soit survenue, tout d'un coup la cicatrisation s'arrête, et en l'espace de huit jours toute la surface qui était réparée s'ulcère de nouveau ; la coloration lie-de-vin s'étend rapidement sur le côté gauche du front, envahit toute la moitié supérieure de la joue gauche et le dos du nez ; la peau s'épaissit, s'indure et prend enfin tous les caractères qu'elle avait au début du côté opposé. Sur les limites inférieures de cette vaste plaque violacée on constate des hémorrhagies cutanées autour desquelles la peau prend successivement les diverses teintes qui entourent les ecchymoses.

Le 1^{er} juillet, la joue gauche n'est pas encore ulcérée ; à droite, le masséter est dénudé ainsi que la région mastoïdienne. — L'état du malade s'affaiblit ; il perd ses forces et ne quitte plus le lit ; la cachexie se déclare. Le cœur et les poumons n'offrent aucune altération ; pas de fièvre.

Le 8 juillet, la plaie a meilleur aspect, la cicatrisation recommence sur plusieurs points ; en d'autres les eschares continuent à se détacher.

Le 14, le pariétal est à nu en deux points.

Le 30, les foyers cicatriciels ont disparu ; les eschares en se détachant laissent béants les canaux veineux, qui donnent de petites hémorrhagies. — Légère anasarque ; pas d'albumine. — L'intelligence reste intacte ; les forces sont complètement perdues.

Le 13 août le malade s'épuise ; sa maigreur est extrême ; fièvre légère.

Le 16 août, mort à 7 heures du soir.

Autopsie — 36 heures après la mort (1).

Tête. — Le cuir chevelu, dans les parties non ulcérées, est très-aminci, adhérent à l'os dont on peut difficilement

(1) Faite par notre collègue Cossy.

le séparer au niveau du pariétal droit, — toute la moitié droite est dépourvue de cheveux ; — une vaste ulcération recouvre les régions temporale et pariétale ; la table externe de l'os temporal est dénudée, en deux points, sur la largeur d'une pièce de vingt centimes environ ; l'os ne paraît pas malade ; simple état dépoli de sa surface ; sa consistance est conservée. — Une tumeur non ulcérée reste seule sur l'angle postérieur du pariétal droit, — c'est celle qui a été soumise à l'examen histologique.

Les méninges ne présentent rien de particulier ; les sinus de la dure-mère ne renferment pas de thromboses.

La face interne de la croûte crânienne n'offre aucune lésion ; les sillons destinés à loger l'artère méningée moyenne droite paraissent légèrement élargis.

Au cou, foyer purulent le long de la jugulaire interne droite, descendant jusqu'à la moitié du cou.

Cœur. — Légère trace d'endocardite chronique au niveau des sigmoïdes aortiques et de la mitrale.

Poumons. — Engoués à la base.

Foie. — Volume normal, gras.

Rate. — Volume normal ; légèrement diffuse.

Reins. — Congestionnés ; petit infarctus à la périphérie du rein droit.

Ganglions lymphatiques non hypertrophiés.

Examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire du collège de France par M. Debove, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« Au niveau de la tumeur les faisceaux du tissu conjonctif du derme sont dissociés par un grand nombre de globules blancs ; en certains points ces globules forment des masses de grandeur variable ; en pratiquant des coupes fines et en chassant ces éléments avec le pinceau, on reconnaît qu'ils sont supportés par un réticulum lymphatique (1). »

(1) Une aquarelle habilement exécutée par M. Renaudot et repré-

De ces quatre observations suivies d'examen histologique il faut rapprocher :

1° Celle d'Alibert. — *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 126.

2° Celle de Lorda et Guérard, citée par Gillot (loc. cit.)

3° Celle de M. Bazin. — *Affections cutanées artificielles*, p. 373.

4° Enfin une observation de M. Heurtaux de Nantes, présentée à la société de chirurgie par M. Guyon, le 26 octobre 1873, sous le nom de Tumeurs lymphadénoïdes de l'avant-bras. Dans ce cas il s'agit d'une femme de 28 ans, sans antécédents syphilitiques, qui portait à l'avant-bras gauche une série de tumeurs disséminées sur le trajet des lymphatiques ; la peau adhérente à leur niveau est rougeâtre en certains points ; pas de ganglions hypertrophiés. Les tumeurs, malgré l'emploi de l'iodure de potassium, se multiplient ; puis les unes s'effacent complètement, d'autres diminuent de volume ; la plus grosse s'ulcère. A l'autopsie on trouve que les tumeurs sont composées par un tissu mou cérébriforme ; le microscope constate un réticulum fibrillaire, circonscrivant dans ses mailles des cellules très-granuleuses, renfermant chacune un ou deux noyaux volumineux pourvus d'un nucléole brillant.

M. Heurtaux reconnaît là le sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde à grandes cellules de Rindfleisch ; pour nous, nous ne pouvons nous défendre de comparer cette observation à celles de mycosis : même marche des tumeurs, rétrocession ou ulcération ; au point de vue anatomopathologique, même réticulum ; et d'après Ranvier, c'est lui qui est la caractéristique du tissu lymphatique, des lymphadénomes.

sentant la tête de notre malade a été déposée au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Essayons maintenant de tracer l'histoire du mycosis fongique et de rechercher quelle place il doit occuper dans le cadre nosologique.

L'étiologie est très-incertaine ; dans toutes les observations on a constaté l'absence de syphilis antérieure, de scrofule, de contagion ; le malade le plus jeune avait 28 ans, le plus âgé 69 ; six appartiennent au sexe masculin, deux au sexe féminin.

Le début de cette affection est insidieux ; parfois (obs. de Gillot) on a constaté des taches congestives cutanées, rouges, non saillantes à la surface de la peau, apparaissant tantôt sur les membres inférieurs, tantôt sur le tronc, petites et disséminées, prurigineuses ; elles disparaissent complètement pendant que d'autres, semblables aux premières, surviennent sur d'autres points. « Quand ces taches congestives, dit Gillot, ont existé pendant quelque temps, ou qu'elles ont été irritées par le grattage, elles se recouvrent de squames fines et revêtent l'aspect d'un pityriasis ou plutôt d'un eczéma à la période de dessiccation. » Lorsqu'elles ont disparu, elles laissent parfois un épaissement de la peau.

Après un temps qui peut varier de plusieurs mois à plusieurs années, surviennent des plaques lichénoïdes, soit nummulaires, soit rubanées, soit circonscrites ; elles naissent non-seulement sur les points qui ont été le siège de taches congestives, mais encore en d'autres endroits sains jusqu'alors ; elles sont accompagnées d'un prurit très-intense et finissent ordinairement par disparaître.

Telles sont les phases préparatoires décrites par M. Gillot ; elles ne sont pourtant pas nécessaires ; ainsi, dans l'observation de M. Debove, le malade avait déjà une tumeur de la grosseur d'un pois sur le sternum quand il lui est apparu de petites taches hémorrhagiques à la face, qui ont disparu dans la suite pour revenir plus tard ; jamais il

n'a eu de lichen. Dans notre observation, nous avons constaté une vaste plaque congestive qui, prise d'abord pour un érysipèle, n'a fait que s'accroître et marcher rapidement vers l'ulcération; le lichen a aussi manqué.

Au bout d'un temps très-variable apparaissent les tumeurs fongoïdes, tantôt accompagnant les premiers accidents cutanés (Obs. de Debove et la nôtre), tantôt quinze à dix-huit mois plus tard (Gillot, Bazin). C'est la phase pathognomonique de l'affection : ces tumeurs sont saillantes à la surface de la peau, paraissent se développer dans son épaisseur ; dures, élastiques, elles sont ordinairement peu vasculaires ; à leur surface, la peau est lisse, tendue, complètement dépourvue de poils ou de cheveux ; d'autres fois, elles sont rouges, violacées, ce qui les a fait comparer par Alibert à des tomates mûres ; la sensibilité cutanée est peu modifiée. Elles s'accroissent rapidement, peuvent acquérir le volume d'une noix, d'une orange et plus encore ; le plus souvent, elles sont isolées ; elles peuvent pourtant être cohérentes sur certains points, d'où l'aspect mamelonné de la masse fongoïde ; jamais elles ne se pédiculisent.

Une fois qu'elles ont acquis un certain volume, elles s'arrêtent dans leur développement, puis *les unes diminuent et peuvent disparaître complètement, tandis que les autres, habituellement les plus grosses, se ramollissent et s'ulcèrent*. C'est là le fait capital, caractéristique du mycosis fongoïde ; dans toutes les observations, on a pu jusqu'ici constater cette rétrocession au moins partielle des tumeurs ; dans la nôtre, elle a été manifeste ; M. Heurtaux l'a parfaitement indiquée dans la sienne, et c'est ce qui nous l'a fait rapprocher des cas de mycosis, malgré quelques légères différences dans la structure des tumeurs. Si la tumeur doit s'ulcérer, elle se ramollit dans toute sa masse comme une gomme syphilitique ; il se fait à la partie supérieure une petite perforation qui laisse écouler un pus sanieux et

fétide; l'ouverture s'agrandit, le contenu se vide et il reste une coque molle, friable qui tombe bientôt en débris; l'ulcération a peu de tendance à se cicatriser; dès qu'un point commence à se réparer un autre se détruit; chez notre malade, les os du crâne ont été mis à nu en plusieurs endroits. On a signalé une diarrhée coïncidant avec la phase de rétrocession des tumeurs; nous n'avons pu la constater.

L'ulcération, dans le cas que nous avons eu sous les yeux, s'est produite par deux processus: ulcération des tumeurs, ulcération des plaques étendues entre elles. C'est là un fait qui n'a pas encore été signalé; en effet, au niveau des taches rouges, il se formait des phlyctènes qui se remplissaient de sang, puis se déchiraient et laissaient une ulcération qui gagnait rapidement en profondeur. Ces ulcérations ont suivi une phase comparable à celle des tumeurs, elles se sont cicatrisées, notamment sur le pariétal gauche; mais à peine la cicatrice était-elle consolidée sur ce point qu'elle se détruisait sur un autre par une fonte moléculaire; au milieu de ce tissu, il se faisait souvent des hémorrhagies veineuses ayant pour point de départ les petits canaux de nouvelle formation qui se dilataient pour suppléer la veine faciale complètement obstruée; ce sont aussi ces phlébites multiples qui nous expliquent l'œdème palpébral qui n'a pas disparu un seul instant.

Dans aucun cas on n'a observé d'augmentation du nombre des globules blancs du sang; l'urine n'a jamais renfermé ni sucre, ni albumine.

L'hypertrophie des ganglions a fait défaut dans le cas de M. Heurtaux et dans le nôtre; dans les autres, les tumeurs ganglionnaires ont suivi la rétrocession des tumeurs cutanées: elles ne se sont pas ulcérées.

La mort est toujours survenue sans complication, par les

progrès de la cachexie ; l'intelligence est restée intacte jusqu'à la fin.

Le diagnostic est à peu près impossible avant l'apparition des tumeurs ; une fois celles-ci produites, on les a toujours prises jusqu'ici pour des gommés syphilitiques, pour une syphilide ulcéreuse maligne, mais l'absence d'autres accidents syphilitiques actuels ou antérieurs, et surtout l'inefficacité du traitement ioduré, ont bientôt fait naître des doutes dans l'esprit des observateurs. La présence des ganglions hypertrophiés sera d'une grande valeur, car à cette période de la syphilis on ne les trouve plus en cet état. Enfin la rétrocession de certaines tumeurs, la coloration lie-de-vin de la peau (entre elles) devront faire penser au mycosis.

Dans les quatre observations suivies d'autopsies et d'examen histologique, on a constaté une lésion unique et caractéristique des tumeurs ; celles-ci sont composées par une néoformation de tissu lymphatique infiltré dans les mailles du derme et reconnaissable à ses deux éléments ordinaires : le réticulum et les globules lymphatiques. Cette altération est identique à celle qu'on trouve dans la rate et les ganglions dans les cas de lymphadénie viscérale. Cette assertion s'appuie sur le témoignage de M. Ranvier, qui a examiné lui-même les diverses préparations de ces quatre autopsies.

L'anatomie pathologique justifie donc le nom de *lymphadénie cutanée*. Cette affection est une manifestation rare, mais évidente, de la maladie générale décrite sous le nom de lymphadénie ; il faudrait donc aujourd'hui lui reconnaître trois formes :

La lymphadénie liénale ou leucémie ;

La lymphadénie ganglionnaire ou adénie ;

La lymphadénie cutanée ou mycosis fongoïde.

Telle est la conclusion à laquelle s'arrête M. Ranvier.

Mais nous devons nous demander comment il n'y a jamais eu coïncidence de ces diverses formes sur le même sujet; jamais on n'a signalé d'ulcération cutanée dans les cas bien avérés de lymphadénie liénale ou ganglionnaire, alors qu'on trouve dans les viscères la même néoformation lymphatique et des infarctus hémorrhagiques qui ne sont certes passans analogie avec les hémorrhagies cutanées que nous avons observées chez notre malade. N'y a-t-il donc pas là quelque chose de spécial qui nous échappe encore? C'est aux observateurs futurs à nous l'apprendre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SUBLIMÉ A L'ÉTAT DE SOLUTION CHLORO-ALBUMINEUSE, par C.-B. STAUB.

Administrer par la méthode hypodermique le sublimé à doses élevées pour triompher des manifestations syphilitiques rebelles sans amener d'accidents locaux (abcès, douleurs), tel est le problème que M. Staub s'est attaché à résoudre, et les résultats cliniques qu'il nous fournit nous permettent, dès à présent, de dire qu'il a réussi.

Le procédé opératoire, décrit avec le plus grand soin, ne diffère pas essentiellement de l'ancien : la seringue classique de Pravas peut servir, mais sera remplacée avantageusement par un instrument non métallique et d'une contenance plus grande, en rapport avec la quantité de liquide à injecter. Le côté vraiment original de la méthode est la composition de la solution, qui est formulée ainsi qu'il suit :

Bi-chlorure mercuriel.....	1 gr. 25.
Chlorure ammoniac.....	1 gr. 25.
Chlorure sodique.....	4 gr. 15.
Blanc d'œuf.....	n° 1.
Eau distillée.....	250 gr.

Quel sera donc l'effet de la combinaison du sublimé avec le blanc d'œuf et les chlorures alcalins? Quand on administre à l'intérieur, suivant la méthode de Bralhe, de Bärensprung, le sublimé sous forme de coagulum albu-

mineux, il cesse d'être un irritant pour l'estomac, et, redissous par les chlorures alcalins de l'économie, est absorbé en perdant ses propriétés irritantes, mais en conservant toute son action médicamenteuse (Gubler). Or, M. Staub n'a fait que maintenir *dissous par avance* le coagulum albumineux de sublimé, qui se prête immédiatement à l'absorption sans irriter le tissu cellulaire sous-cutané dans lequel on l'injecte.

44 observations, présentant dans leurs détails toute la rigueur scientifique désirable, servent de base au travail de M. Staub.

Sur 44 cas, 42 ont guéri très-rapidement et sans récurrence, même après plus d'un an; 2 cas ont été seulement améliorés. La moyenne de la dose de sublimé injectée a été de 1 centigram. par jour, mais M. Staub a pu en injecter 2 et 3 centigram. sans inconvénient. Comme accidents locaux, il n'a vu survenir qu'une seule fois de petites gangrènes circonscrites de la peau chez un malade alcoolique; les accidents mercuriels sont rares, et le plus souvent bornés à une légère stomatite.

Tout en reconnaissant ce que la méthode de M. Staub a d'ingénieux, nous ne pouvons manquer de lui faire l'objection suivante: Est-il bien nécessaire d'injecter, dans les cas de syphilis justiciables du mercure, une quantité de sublimé aussi considérable que semble le croire M. Staub? Liégeois et M. Dron ont obtenu de beaux résultats dans des cas graves avec 4, 3 et même 2 milligrammes de sublimé par jour. Quoi qu'en dise notre auteur, une quantité aussi considérable de liquide injectée par sa méthode ne peut être introduite sans quelque inconvénient dans le tissu sous-cutané, et le plus souvent les doses minimales de Liégeois sont aussi utiles et au moins aussi innocentes.

D^r HENRY COUTAGNE.

ÉTUDE SUR LES NÉVRALGIES RÉFLEXES SYMPTOMATIQUES DE
L'ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ BLENNORRHAGIQUE, par M. MAURIAC,
Paris, F. Savy.

Cette étude a paru par fragments dans la *Gazette médicale de Paris* pendant les années 1869 et 1870. Elle se compose de deux parties, l'une clinique et l'autre théorique.

Ce travail, très-remarquable de tout point, est basé sur un grand nombre de faits observés à l'hôpital du Midi. L'auteur en rapporte dix-huit colligés avec soin, très-détaillés, comprenant toutes les variétés de l'orchi-épididymite névralgique. Plusieurs de ces observations sont fort intéressantes; dans trois l'auteur a noté des névralgies réflexes bilatérales, — phénomène assez rare, — habituellement les douleurs irradiantes ne se manifestant que dans le côté qui correspond à l'organe malade.

M. Mauriac signale aussi en passant l'espèce de balancement qui paraît exister entre la sécrétion morbide du canal de l'urèthre et la détermination congestive ou inflammatoire qui s'effectue sur le testicule et ses annexes.

Si le fait est en général admis par le plus grand nombre des auteurs, il n'en est pas de même quand il s'agit de l'interpréter.

La suppression du flux blennorrhagique est-elle une des causes ou simplement une conséquence de l'inflammation testiculaire? Telle est la question, et nous croyons, comme notre savant confrère de l'hôpital du Midi, qu'il y a encore là un point obscur à élucider.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie avec soin les diverses manifestations douloureuses symptomatiques de

l'orché-épididymite. Analysant méthodiquement cette véritable complication névralgique, il suit ainsi pas à pas les différentes formes de douleur qu'il a constatées chez chacun de ses malades, et arrive à préciser, autant que possible, et les foyers de douleurs et les irradiations qui se font dans les diverses parties du corps.

Les caractères des douleurs qu'on observe dans les névralgies réflexes sont absolument semblables à ceux des névralgies directes. Elles sont en général superficielles ; leur action sur les principales fonctions organiques est à peu près nulle. Mais l'auteur a noté une autre espèce de douleurs, plus profondes, douleurs viscéralgiques et dont le siège paraît être dans les plexus du grand sympathique. La caractéristique de cette variété de douleurs est de retentir sur tout l'organisme ; c'est évidemment à elles qu'il faut rapporter les troubles stomacaux et intestinaux dus à l'influence réflexe de l'orché-épididymite. L'intensité des douleurs réflexes varie dans de très-larges limites ; parfois les élancements deviennent intolérables, etc.

M. Mauriac, poursuivant ses recherches, envisage tous les phénomènes que présentent les névralgies réflexes symptomatiques de l'orché-épididymite blennorrhagique, et il en déduit des considérations très-ingénieuses sur la nature de ces douleurs qui avaient déjà frappé bon nombre d'observateurs, entre autres notre éminent confrère et ami M. le Dr Diday, et contre lesquelles, notamment, il a préconisé l'emploi de la glace.

Passant ensuite à l'étude pathogénique de ces névralgies, M. Mauriac ne se borne pas à démontrer que l'appareil testiculaire est dans ces cas le centre morbide d'où rayonnent les sympathies douloureuses, il recherche quelle est la part respective que prend chacune des parties qui composent cet appareil, dans la mise en jeu de ces névralgies, et par quel processus organo-pathologique et à quel

moment de ce processus s'élabore l'impression morbide incidente ou *centripète*.

Quant à la question de l'anémie dans la blennorrhagie, si M. Mauriac n'attribue, avec la plupart des observateurs, au catarrhe spécifique de l'urèthre qu'une *influence anémisante indirecte*, il n'en est plus de même si le testicule ou ses annexes sont enflammés.

Presque tous les malades qu'il a soignés pour des orchites présentaient plus ou moins les signes extérieurs et les troubles fonctionnels de l'anémie. Dans quelques cas cette anémie était même si prononcée, qu'il était obligé de reculer devant une application de sangsues, qu'indiquait pourtant la violence de l'état inflammatoire local.

Comme l'ovaire, le testicule exercerait sur la nutrition une influence considérable, et l'inflammation du testicule, comme celle de l'ovaire, aurait la fâcheuse propriété de diminuer la proportion des globules rouges du sang.

Bien d'autres questions sont encore soulevées dans cette étude par notre distingué confrère; si l'état actuel de nos connaissances ne permet pas de les résoudre, elles sont du moins discutées et appréciées avec beaucoup de sagacité.

Nombre de points obscurs restent encore à élucider dans la blennorrhagie, quoiqu'elle soit peut-être la plus commune de toutes les affections. Mais à notre confrère reviendra le mérite d'avoir appelé l'attention sur une des complications les plus importantes de cette affection, d'avoir mis en lumière des faits jusqu'alors peu connus et fourni des explications satisfaisantes sur l'origine et la nature des douleurs que l'on rencontre dans certain nombre d'orchi-épididymites blennorrhagiques.

Cette étude, basée, comme nous l'avons déjà dit, sur un grand nombre d'observations, est très-bien résumée par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Il existe dans l'orchi-épididymite blennorrhagique

deux espèces de douleurs : a) les douleurs *locales* et directes, se rattachant au processus inflammatoire de l'épididyme et du testicule ; b) les douleurs *réfléchies*, *symptomatiques* ou *éloignées*, constituant des *névralgies réflexes*.

2° Les douleurs *névralgiques réflexes* sont sourdes et lancinantes, continues et paroxystiques ; elles se manifestent sous forme d'attaques irrégulières dans leur retour. Loin d'être excitées et exaspérées par le toucher, comme les douleurs inflammatoires, elles sont au contraire la plupart du temps calmées par la pression et se produisent spontanément. Elles changent de place, et dans leur mobilité occupent successivement ou simultanément, non-seulement diverses portions du même nerf, mais encore une ou plusieurs branches nerveuses appartenant au même plexus ou à des plexus différents.

3° Elles ne présentent pas dans leur marche la régularité du processus organique qui leur a donné naissance ; il semble qu'elles doivent à une sorte d'autonomie qu'elles acquièrent, malgré leur subordination primitive à une lésion fixe, le privilège de se manifester d'après le mode qui leur est propre, c'est-à-dire avec une irrégularité d'allure qui déjoue toutes les prévisions.

4° L'*impression morbide*, qui donne lieu à ces névralgies réflexes, part du testicule et aboutit à la moelle épinière.

5° Cette impression *incidente* est perçue ou non perçue à son point de départ. Arrivée au centre nerveux, elle modifie pathologiquement la modalité fonctionnelle des cellules nerveuses. Il en résulte, sur le trajet des nerfs sensitifs en communication avec ces cellules nerveuses, des *sensations douloureuses* qui se produisent en vertu de la loi d'*excentricité des phénomènes sensitifs* ou du *périphérisme des sensations*.

6° Les lois de la réflexion motrice formulées par Pflüger ne s'appliquent pas rigoureusement à la *réflexion sensitive*.

Ainsi l'irradiation douloureuse réfléchie par les centres nerveux peut se produire *au-dessous* du point d'incidence de l'impression morbide initiale ; en général elle se montre diffuse, sans intermédiaire obligé et comme impatiente de toute règle. Ici, point de centre, comme le bulbe pour les mouvements réflexes, vers lequel se propagent, de bas en haut et d'avant en arrière, les impressions centrales qui produisent les sensations réflexes. — La loi de *généralisation des mouvements réflexes* ne s'applique pas au pouvoir *excito-sensitif*. Ce pouvoir, répandu d'une manière diffuse dans toute la substance grise des centres nerveux, ne paraît pas se concentrer dans un point circonscrit.

7° Dans les orché-épididymites à névralgies réflexes, la réflexion peut se faire du *côté des viscères* par l'intermédiaire de la moelle ou des ganglions du grand sympathique.

8° L'*intensité* de la douleur réfléchie n'est pas en rapport avec l'intensité de la douleur inflammatoire locale. Souvent cette dernière est insignifiante ou a disparu complètement quand se manifestent, sur un point plus ou moins éloigné du foyer morbide, d'horribles névralgies réflexes.

9° Les douleurs irradiantes diminuent d'intensité, si la *réflexion* s'effectue sur des nerfs dont l'origine est éloignée de celle des nerfs qui se rendent au testicule malade.

10° La contraction musculaire exaspère fréquemment les douleurs réflexes ; mais celles-ci, à leur tour, suscitent quelquefois dans les muscles des mouvements morbides involontaires. A ce conflit anormal entre les nerfs sensitifs *virtuellement* douloureux, et les nerfs moteurs, se rattachent les *secousses convulsives*, les *crampes*, les *contractions* et les *asthénies musculaires* dans quelques cas d'orché-épididymite remarquables par la violence des douleurs réflexes.

11° Quand l'irradiation réflexe suscitée par une impres-

sion morbide partie du testicule s'effectue sur les *plexus du grand sympathique*, il peut se produire un ensemble de phénomènes beaucoup plus compliqués que la simple douleur, tels que mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques anormaux du tube digestif, hypercrinies gastro-hépatiques, plénitude ou resserrement de la circulation générale, et par conséquent modifications correspondantes de la caloricité, etc., etc.

12° Les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchio-épididymite blennorrhagique sont habituellement *unilatérales* et situées du même côté que le testicule malade; mais quelquefois elles sont *bilatérales* ou *en ceinture* et constituées par une *névralgie lombo-abdominale double*.

13° La *rachialgie* est la plus fréquente des irradiations réflexes de l'orchio-épididymite blennorrhagique; elle a deux foyers : un foyer supérieur ou *rénal*, un foyer inférieur ou *sacro-sciatique*.

14° Vient ensuite la *névralgie lombo-abdominale réflexe* avec les trois foyers, le *lombaire inférieur*, l'*hypogastrique* et l'*inguinal*.

15° Les douleurs sympathiques qui se propagent dans le *membre inférieur* du côté malade se divisent en deux groupes : un *groupe antérieur* ou *crural*, un *groupe postérieur* ou *sciatique*.

16° Dans quelques cas la douleur envahit les parois thoraciques et se manifeste là, tantôt sous forme d'endolorissement vague, tantôt, et plus fréquemment, sous forme d'un point fixe et d'irradiations qui suivent le trajet des nerfs intercostaux.

17° Les *douleurs viscéralgiques réflexes* symptomatiques de l'orchio-épididymite blennorrhagique présentent trois foyers : le foyer *rachialgique supérieur* ou *rénal*, le foyer *hypogastrique profond* et le foyer *épigastrique*.

18° Dans la pathogénie des névralgies réflexes sympto-

matiques de l'orchi-épididymite, le premier rôle appartient à l'*orchi-épididymite*, le second à la *vaginalite* et le troisième à l'*inflammation du cordon*.

19° La *névralgie du testicule*, le *testicule irritable* n'est la plupart du temps qu'une affection inflammatoire localisée dans l'appareil testiculaire, devenue chronique, et passée inaperçue, mais qui, à un moment donné, se complique de névralgies réflexes ;

20° L'inflammation du testicule ou de ses annexes possède à un degré remarquable la propriété de *diminuer rapidement la quantité des globules rouges du sang*. L'aptitude des malades à devenir anémiques sous l'influence de l'orchi-épididymite varie selon l'âge ; elle est d'autant plus grande que les sujets sont moins âgés.

ÉTUDE SUR LA PATHOLOGIE DES GLANDES SÉBACÉES,
par C. MISSET. Paris, A. Delahaye.

L'auteur commence par résumer en quelques pages les travaux les plus récents sur l'anatomie et la physiologie des glandes sébacées. Au point de vue étiologique, il rappelle que le tempérament lymphatique est considéré par M. Hardy, et beaucoup d'autres auteurs, comme une cause prédisposante. M. Bazin va plus loin et fait intervenir la scrofule, l'hérédité, la puberté, certaines influences professionnelles, des causes mécaniques, etc. ; chez les femmes : la vie sédentaire, les irrégularités menstruelles, etc..., constituent tout autant de conditions susceptibles de provoquer des éruptions sébacées chroniques ou aiguës.

La classification que donne M. Misset est, comme il le reconnaît lui-même, tout arbitraire. Outre l'érythème et

l'inflammation, il admet des lésions de sécrétion et des lésions de nutrition.

L'érythème comprend la couperose ; l'acné pustuleuse, à petites et à grosses pustules, les acnés indurata, pilaris, le sycosis simple, l'acné artificielle, l'acné syphilitique, les affections à siège douteux (ecthyma, furoncle, impetigo). Aux lésions de sécrétion appartiennent les acnés punctata, miliaris, les loupes, l'acné sébacée fluente, la plique, les acnés sébacée croûteuse, cornée, soyeuse, les cornes. Les lésions de nutrition donnent lieu aux acnés hypertrophique, hypertrophique glandulaire, atrophique, au lupus acnéique, à l'acné sébacée partielle, au lupus erythémateux, à l'acné varioliforme, au vitiligoïde.

L'auteur décrit ensuite soigneusement toutes ces variétés ; on trouvera dans cet exposé un résumé très-exact des recherches dermatologiques les plus récentes et par conséquent un tableau complet de l'état actuel de la science sur ce point. Il étudie ensuite les inflammations des glandes sébacées des divers appareils : organes génitaux externes de la femme (vulvite folliculeuse, acné varioliforme — acdermoptosis de Huguier, — vulvite sébacée, folliculite vulvaire) ; glandes sébacées du gland, glandes palpébrales.

Cette intéressante monographie se termine par un chapitre sur le traitement des diverses manifestations acnéiques. Ce chapitre sera consulté avec fruit par tous les praticiens ; on y trouve indiquées les diverses médications proposées par MM. Bazin et Hardy.

M. Missot recommande l'emploi d'un traitement général contre les différentes formes de l'acné : car, dit-il, on voit les affections les plus bénignes, nées sous l'influence du lymphatisme, s'unir, par un enchaînement continu, aux affections scrofuleuses, et en particulier au lupus, avec lequel il n'est pas possible d'établir une ligne de démarca-

tion. L'hérédité, qui joue un rôle dans un certain nombre d'acnés, tendrait encore, selon le même auteur, à prouver l'opportunité d'une intervention médicatrice générale.

Mais à côté des moyens toniques et reconstituants, des purgatifs, etc., indiqués dans un certain nombre de cas, l'auteur fait une place importante aux topiques locaux. Le nombre en est considérable, et tous ont pour effet de provoquer une inflammation substitutive que l'on renouvelle, et dont l'intensité doit être proportionnelle aux effets que l'on veut obtenir. Suivant les formes, l'intensité de l'éruption, on aura recours à des infusions de plantes aromatiques, aux liquides alcoolisés, et surtout aux préparations mercurielles sous forme de solution ou de pommade. L'iodure de chlorure mercurieux préconisé dans ces dernières années n'agit pas autrement que les autres composés mercuriels. M. Hardy a obtenu des succès marqués avec des lotions chaudes, astringentes ou sulfureuses. M. Lailler a constaté des résultats également satisfaisants à la suite d'applications répétées chaque soir de savon mou à base de potasse. Les douches de vapeur ou d'eau pulvérisée avec une eau sulfureuse naturelle, plus ou moins chargée de principes salins, suivant les cas, rendent encore d'excellents services.

Les bains généraux ont aussi une réelle utilité, surtout les bains de certaines eaux minérales, telles que : Bagnères, Caunterets, Baréges, Uriage, Saint-Gervais, Louèche, etc...

On trouve encore d'utiles indications contre toutes les variétés d'acné ; et tous ceux qui sont familiers avec la pratique de l'hôpital Saint-Louis retrouveront parfaitement résumés dans cette excellente monographie, les principaux, moyens qui ont été préconisés par MM. Devergie, Bazin, Hardy, Lailler, etc.

REVUE DES JOURNAUX.

TÉNESME VÉSICAL PROMPTEMENT GUÉRI PAR L'INCISION SOUS-CUTANÉE DU COL DE LA VESSIE, par le Dr GRAZIANETTI GIOVANNI.

C'est après avoir épuisé toutes les ressources fournies par les moyens habituellement usités que l'auteur songea au moyen dont l'emploi fait le sujet de son travail. — Nous allons rapporter presque textuellement cette observation, en raison de son importance et de sa nouveauté.

G. G..., âgé de 36 ans, a toujours joui d'une assez bonne santé; il y a quelques années, il souffrit d'une gastro-entérite, de quelques ulcérations aux organes génitaux. — La vie est active et régulière.

Depuis huit ans il souffre de troubles des fonctions urinaires, caractérisés surtout par un ténèsme presque incessant avec démangeaison à la base du gland; le 3 février 1872, ces troubles sont tels qu'ils lui interdisent tout travail et le forcent à réclamer les secours de l'art.

Quand je le vis passer pour la première fois il se présentait avec les symptômes suivants : tous les quarts d'heure envie d'uriner, douleurs très-vives, lancinantes au gland, surtout intenses après l'émission des urines; urine claire, très-acide, pouls fébrile, faciès grippé. Je prescrivis le repos absolu, les boissons tempérantes, des sangsues au périnée, des pédiluves tièdes. Redoutant la présence d'un calcul vésical, je pratique le lendemain une

exploration vésicale qui ne me fait rien découvrir. — Pas d'hémorroïdes, pas de tumeur de la prostate, normales aussi sont les parois de la vessie. — Ce fut sans succès que je prescrivis ensuite le bromure de potassium, les injections de morphine et, sur le caractère intermittent des douleurs, le sulfate de quinine. — Le ténésme augmentait sans cesse, à peine impressionné quelques instants par ces diverses médications.

Dans une nouvelle exploration pratiquée avec l'assistance de MM. Parona et Tadini, et pendant le sommeil anesthésique, je pus éliminer d'une façon définitive l'idée d'un corps étranger, et m'assurer que l'affection était uniquement occasionnée par le ténésme vésical. — Pouvais-je considérer ce symptôme comme suffisant pour constituer une entité morbide ? Des différents auteurs auxquels j'eus recours, Roux donnait quelques détails succincts sur une espèce de névralgie du col vésical avec ou sans altération matérielle, et Anstie, dans son *Traité des névralgies* (Londres, 1871), relatait deux cas pouvant être considérés comme analogues au mien ; sa description, très-superficielle du reste, faisait assez connaître que selon lui il n'y avait rien à espérer de la thérapeutique dans ce cas.

Antispasmodiques, quinine, narcotiques, courants électriques, douches froides sur la colonne vertébrale, vésicatoires morphinés, injections de morphine et d'atropine, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le canal, faradisation faite suivant les préceptes de Mallez, courants continus suivant ceux d'Onimus et Legros, furent successivement et sans aucun succès mis en usage pendant 20 jours ; le malade sortit sans amélioration de l'hôpital où il était venu faire un séjour.

Je continuai à le visiter. Ayant rencontré dans ses urines le *penicillum glaucum*, je fis faire des injections

phéniquées qui détruisirent rapidement le parasite. La maladie persista cependant.

Pour donner une idée de la tolérance de G. G... je dirai que, le 2 mai, son traitement fut le suivant :

1° Hydrate de chloral 9 grammes.

2° 2 injections hypodermiques de 1 centigramme de morphine et 5 milligrammes d'atropine.

3° 4 bougies médicamenteuses aux extraits d'opium et de belladone.

4° Plusieurs suppositoires belladonés.

Eh bien ! malgré cet arsenal pharmaceutique, et pendant l'assoupissement qu'il produisait, G. G... poussait des gémissements, et portait sa main sur le siège de la douleur.

En face de cette ténacité morbide inouïe, de l'état de marasme dans lequel était tombé notre malade, et des inquiétudes que nous concevions pour sa vie, le professeur Bottini se décida à inciser le col de la vessie. L'opération fut exécutée le 5 mai à 10 heures du matin avec l'instrument de Mercier qui sert à l'incision de la prostate.

L'incision mesurait à peu près 27 millim. de longueur et la moitié en profondeur. — On put sentir, au moment de la section, une secousse analogue à celle de la ténotomie. Voici l'état du malade à la suite de cette opération :

11 heures. — Ténésie intense, urines sanglantes, douleurs. Pilules d'opium.

Midi. — Diminution du ténésie. — Urines plus sanglantes, pouls à 82. — Temp. normal. On continue l'opium.

3 heures soir. — Pouls à 86 ; moins de ténésie.

7 heures soir. — Pouls à 96 ; calme parfait des organes urinaires, transpiration.

La nuit qui suivit le jour de l'opération se passa dans un repos absolu avec quelques heures de vrai sommeil. —

Les remèdes sont espacés d'heure en heure. — Pouls ample à 80; plus de ténésme.

6 mai, 2 heures du soir. --- Diaphorèse favorisée et entretenue; calme.

9 heures soir. — Apyrexie parfaite.

8 mai. — Le malade s'achemine rapidement vers la convalescence.

8 mai. — Imprudence du malade. — Temp. humide et froide. — Il a un accès de fièvre avec frisson.

9 mai. — Apyrexie. — Injection hypodermique de sulfate de quinine pour empêcher le retour de l'accès.

Le 30 mai, après 8 années de tribulations et de souffrances indicibles, G. G... était complètement guéri.

J'eus l'occasion de le revoir quelques mois après, sa guérison ne s'était pas démentie.

TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR LE SEIGLE ERGOTÉ,
par le D^r Ferdinando ZAMBON.

En septembre 1872 M. Zambon eut à traiter d'un psoriasis une jeune fille, Giovanna Curtolo, âgée de 19 ans. Bonne santé antérieure, constitution robuste, menstruation régulière. — Les cuisses, les bras, le dos venaient d'être successivement envahis par l'affection. Après avoir sans succès essayé de quelques-uns des moyens habituels, l'auteur se décida à user de la méthode du professeur Lombroso.

17 octobre. — Poids du corps 70 kilogrammes; quantité de l'urine 2 kil. 500; poids spécifique 1019; chlorures, phosphates de magnésie et autres en quantité normale.

R. Teinture de seigle ergoté	1 gramme.
Aqua fontis	30 grammes.

A prendre en une seule fois le matin. — Ce remède provoque quelques malaises pendant les premiers jours, mais au bout de très-peu de temps une amélioration réelle commence à se faire sentir. Le prurit disparut d'abord, puis l'éruption s'affaissa, la santé restant très-bonne.

28 octobre. — Appétit vorace. — Urine 2 kilogrammes; poids spécifique 1021. — Augmentation du phosphate magnésien, les chlorures et les phosphates alcalins restent normaux. — On suspend le remède 6 jours.

15 novembre. — Toujours de la boulimie; l'éruption disparaît, s'affaisse et pâlit de jours en jours. — Urine 2 kil. 150; poids spécifique 1021; poids du corps 70 kil.

On continue l'usage journalier de la teinture jusqu'au 20 novembre, époque à laquelle la guérison est complète.

Les seuls phénomènes toxiques que l'on observe sont l'augmentation de l'appétit, et, pendant les premiers jours, une sensation de chaleur à la peau; le poids du corps reste le même. — Les urines ont offert une élévation absolue de leur poids spécifique au moment où l'appétit toujours croissant réclamait une nourriture plus abondante. Nous ferons remarquer que pendant les 6 jours où le remède resta suspendu, le mieux s'arrêta brusquement, pour ne reparaitre qu'avec la reprise du médicament.

L'auteur n'entreprend aucune explication théorique, il s'est borné à relater un fait qui ne saurait manquer d'appeler l'attention de tous les praticiens. (*Giornale italiano delle Malattie Venerie e della Pelle*; aprile 1873.)

DE L'EXANTHÈME PRODROMIQUE DE LA VARIOLE.

Le Dr Simon considère la forme scarlatineuse et morbillieuse qui précède ou suit la variole comme due à une affection de la moelle et des nerfs vaso-moteurs. — Il s'appuie pour soutenir cette opinion sur : 1° les douleurs lombaires semblables à celles de l'herpès zoster ; 2° la paraplégie que l'on a quelquefois observée à la suite de l'éruption ; 3° la limitation exacte de l'éruption dans certains cas à une moitié du corps sur laquelle de vives douleurs se font sentir.

De la 6^e à la 9^e heure à partir du début de la maladie on peut en effet voir survenir une éruption scarlatiniforme, à petites bulles, ou miliaire, toujours particulièrement fixée à certaines régions telles que le bas-ventre, le triangle fémoral, le genoux, les aisselles, plus rarement sur le thorax, le dos, le pénis, etc.

A la suite d'un nombre considérable d'observations l'auteur a pu se convaincre que, sans importance pronostique chez les sujets vaccinés, cette éruption était du plus fâcheux augure chez ceux qui ne l'étaient pas.

Le journal *Il Compilatore*, en relatant ce fait, rapporte que, parmi les diverses épidémies de variole observées à Bologne depuis 1840 jusqu'à nos jours, celle de 1871-1872 a seule offert l'exanthème prodromique ; à ce point de vue ce phénomène, exceptionnellement observé, mériterait d'être étudié dans ses rapports avec la forme anatomique de l'éruption cutanée, ses causes et sa gravité. (*Riv. clin. di Bologna*, maggio 1873.)

Louis JULLIEN.

XANTHOMA (VITILIGOIDEA D'ADDISSON ET DE GULL, XANTHELASMA D'ER. WILSON), par le D^r KAPOSI (Moriz Kohn).

Mayer a le premier décrit cette affection, il en donne le dessin dans son atlas (pl. 22, fig. 15) : « On observe quelquefois sur les paupières et dans leur voisinage des *plaques jaunâtres*, semblables pour la couleur à la peau du chamois, légèrement saillantes, molles, sans chaleur ni rougeur, et quelquefois disposées d'une manière assez symétrique. »

Après lui, Addisson et Gull (Guy's hospital reports, 1831, page 263, et 1832, page 150) tout en prétendant à tort avoir observé les premiers la maladie, eurent pourtant le mérite d'en avoir fait une affection distincte, et d'avoir appelé sur elle l'attention des médecins; ils l'appelèrent vitiligoidea parce qu'ils trouvèrent une certaine analogie entre cette maladie et des cas de vitiligo décrits par Willan-Bateman; ils citent l'observation de 5 cas et reconnaissent deux formes: *vitiligoidea plana* et *vitiligoidea tuberosa*; mais leur travail passa inaperçu en Angleterre.

Depuis, d'autres faits furent publiés soit sous le nom de vitiligoidea, soit sous celui de xanthelasma ou de xanthoma par Er. Wilson, Pavy, Hilton Fagge, Smith, Murchison, Hebra, Jang et Cohn, Waldeyer, Geissler, Hirschberg, Virchow et Mang.

Symptomatologie. Toutes les descriptions données par les observateurs sont analogues à celles d'Addisson et Gull; la maladie affecte deux formes: la forme tachetée et la forme tubéreuse.

1° *Xanthoma tacheté.* Il se présente sous forme de taches irrégulières, nettement tranchées, plus ou moins grandes, pouvant même avoir l'étendue d'une pièce de 5 francs, d'un

blanc jaunâtre, d'un jaune fauve ou citron, ou bien de couleur feuille morte. La plaque a une teinte uniforme dans toute son étendue ou elle est produite par la confluence de petites taches; il peut en résulter des plaques très-irrégulières qui sont toutes plates, ou bien légèrement saillantes et rugueuses dans certains points. Au toucher, la tache ne présente aucune différence appréciable d'avec la peau normale; il n'y a pas de démangeaison et rarement de la douleur soit spontanée, soit provoquée par la pression.

Les taches affectent de préférence les paupières d'un œil ou des deux yeux, commencent près de l'angle interne ou externe et divergent; il est rare qu'elles se touchent à l'angle de l'œil; on en a rencontré aussi sur le nez, aux oreilles, au cou, à la nuque.

2° *Xanthoma tubéreux*. Il est formé par de petits noyaux plus ou moins proéminents, pouvant avoir jusqu'à 5 millimètres de hauteur, ressemblant à des grains de millet ou de blé, d'un reflet blanc ou jaunâtre, isolés ou serrés les uns contre les autres; leur surface est lisse et souple. Ils sont recouverts d'un épiderme normal, adhérent à la peau. La résistance au doigt est à peine appréciable; leur consistance est élastique.

Ils sont rares sur les paupières; ils occupent de préférence les joues, le pavillon de l'oreille, surtout la paume de la main, le long des plis qui la sillonnent, la face palmaire des articulations des phalanges, rarement la face dorsale des doigts ou du poignet, les orteils ou la plante du pied.

On les voit rarement en d'autres régions, au cuir chevelu, au creux poplité, au coude. J'ai connu un jeune homme dont le pénis était garni, à sa racine, d'une trentaine de petits boutons gros comme un grain de blé.

Fagge, Smith et Hebra ont trouvé du xanthoma tacheté

et du xanthoma tubéreux sur la muqueuse des lèvres, des joues et des gencives.

Le xanthoma tubéreux est rarement douloureux ; toutefois celui des doigts, de la paume de la main, de la plante du pied et des orteils, cause quelquefois des souffrances assez vives pour empêcher le malade de se servir de sa main ou de marcher.

Marche de la maladie. Les deux variétés peuvent affecter le même individu et la forme tachetée se transforme souvent en forme tubéreuse. Les plaques mettent des années à grandir ; elles s'accroissent d'une manière irrégulière sur leur pourtour ; leur développement s'arrête souvent et elles persistent sans changement ; jamais elles ne s'ulcèrent.

Le xanthoma tubéreux peut entraver les mouvements des paupières par son poids, provoquer la chute de la paupière supérieure et gêner la vision.

L'étiologie est obscure ; la plupart des auteurs ont pourtant signalé l'ictère dans les antécédents des malades. Sur 27 cas authentiques que j'ai rassemblés, il y avait eu 13 fois de l'ictère. Dans les deux cas observés par lui et dans le cas de Barlow, Fagge a trouvé un engorgement douloureux du foie, qui descendait jusqu'à l'ombilic ; mais, malgré l'ictère, les selles étaient colorées par de la bile ; ce qui avait fait penser à Smith qu'on avait affaire là à un ictère « sui generis », ictère pigmentaire, qu'il y avait simplement altération fonctionnelle et non mécanique de la sécrétion biliaire, dont quelques principes seulement étaient retenus dans le sang.

Or, à l'autopsie d'une personne affectée de xanthoma Murchison a trouvé le foie légèrement cirrhoté.

D'après Pavy, le xanthoma est constitué par une prolifération fibreuse dans le chorion et le dépôt de corpuscules graisseux dans les cellules et les mailles du tissu connectif.

La coloration jaunâtre est due à la graisse; elle n'est pas produite par les principes colorants de la bile.

A la coupe, le xanthoma donne une section inégalement colorée, d'un rouge pâle avec taches jaunes; la pression en fait écouler un peu de sérosité sanguinolente, mais pas de corpuscules; aux paupières l'épiderme et la couche papillaire sont intacts; dans les couches inférieures, les cellules sont richement pigmentées, ainsi que dans certaines parties du chorion; celui-ci est garni de tissu conjonctif riche ou pauvre en cellules, surtout autour des follicules pileux et des glandes sébacées, dont l'enveloppe paraît épaissie. La coloration jaune se trouve dans les foyers où le tissu connectif de nouvelle formation est dense; elle est due à la graisse; cette graisse ne provient pas d'une dégénérescence des éléments affectés, mais d'un simple dépôt; car les éléments sont sains et fonctionnent normalement.

Malgré cela la dénomination de xanthoma nous paraît préférable à celle de fibrome lipomatode de Virchow.

Le xanthoma ne guérit pas de lui-même; l'excision paraît le seul traitement possible. (*Wiener medizinische Wochenschrift*.)

D^r LORBER.

NOTE SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'ADÉNITE
INGUINALE CHRONIQUE, par M. MARCANO, interne des hô-
pitaux.

L'auteur publie trois observations recueillies dans le service de M. Demarquay. Ces observations représentent les trois variétés d'adénite inguinale chronique les plus fréquentes. Des causes multiples peuvent donner lieu aux

adénites chroniques de cette région. L'inflammation ganglionnaire peut être provoquée par une maladie vénérienne qui peut s'associer à un autre processus ganglionnaire (bubon syphilo-strumeux) ou coïncider avec une autre lésion extra-ganglionnaire (blennorrhagie) se compliquant elle-même d'adénite. Ces différentes causes, qui s'ajoutent, donnent lieu à des altérations chroniques finissant par constituer de véritables tumeurs ganglionnaires, dans lesquelles les ganglions entretiennent la suppuration du tissu cellulaire.

Aussi M. Demarquay a-t-il conseillé, dans ces cas, l'extirpation des ganglions à l'aide de caustiques; il donne la préférence à la pâte de Canquoin.

Voici en quoi consiste son procédé : il pratique au milieu de la tumeur une incision de la peau, parallèlement à la direction du pli inguinal. Deux jours après il introduit des flèches de pâte de Canquoin au-dessous de chaque ganglion et dans son intérieur. Après une ou deux applications, les nodosités ganglionnaires se détachent et la plaie rentre dans les conditions ordinaires. La cicatrice n'est nullement difforme, puisque le chlorure de zinc n'a pas agi sur la peau, qui ne conserve que la trace de l'incision faite avec le bistouri. (*Bulletin général de thérapeutique*, mai 1873.)

CAS DE ZONA DOUBLE, par BALMANNO SQUIRE.

Il s'agit d'un enfant de 15 ans, qui s'est présenté le 8 avril au *British hospital for diseases of skin* avec un zona thoracique formant un cercle complet, mais peu symétrique. De chaque côté, l'éruption, composée de vésicules purulentes

ou recouvertes de squames, traverse plusieurs espaces intercostaux dans son trajet linéaire.

L'auteur, s'appuyant sur cette particularité, émet des doutes sur l'origine nerveuse généralement admise aujourd'hui pour l'herpès zoster. Le sujet en question, sans antécédents pathologiques, avait eu cinq jours avant son entrée à l'hôpital des sensations douloureuses portant avec une intensité égale sur les deux côtés du thorax.

Malgré l'absence de détail sur l'état général du malade, il ne semble pas que chez lui l'éruption soit grave et justifie l'assertion de Plin : *zoster appellatur, et exeat si cinxerit.* (*Medical Times and Gazette.*)

TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR L'ACIDE PHÉNIQUE,
par A. LÖFFLER.

L'auteur a employé avec succès la médication suivante : Onction avec un mélange d'huile et d'acide phénique dans la proportion de 1 à 12. Par ce moyen il a observé une très-rapide diminution dans la tuméfaction de la peau et une atténuation notable dans le développement des pustules sur tous les points où l'on avait, dès le début de la variole, appliqué l'huile phéniquée. Mais le résultat le plus important serait, d'après le Dr Löffler, qu'un sujet soumis à ce traitement devient beaucoup moins apte à répandre la contagion, et que par conséquent on peut utiliser avec succès les propriétés antiseptiques de l'acide phénique contre la contagion variolique.

Il sera bon aussi, dans le même but, de répandre des vapeurs phéniquées dans les salles de varioleux. (*Wiener medizinische Wochenschrift.*)

DE L'HYDROLAT D'EUCALYPTUS CONTRE LA GALE.

M. le Dr Al. Rinaldi a employé l'eucalyptus dans un cas de gale pustuleuse. Il ordonna 3 lotions par jour avec l'hydrolat d'eucalyptus, en recommandant au malade de laver d'abord les parties malades avec de l'eau tiède. Au troisième jour, c'est-à-dire après sept ou huit lotions, les pustules étaient effacées, les démangeaisons avaient disparu, et, quoique le traitement fût suspendu, l'éruption ne tarda pas à guérir.

Puisque l'essence d'eucalyptus tue l'acarus de la gale, elle doit sans doute tuer les pediculi et pourrait être employée de préférence aux frictions mercurielles, qui, on le sait, ne sont pas exemptes d'inconvénients. (*Marseille médical.*)

DE LA MYDRIASE SYPHILITIQUE.

(Observation clinique par les Drs Pasquale Pirocchi et Porlezza.)

Lorsque, sous l'influence de la syphilis, il se produit une paralysie de la troisième paire nerveuse, on voit très-rarement la branche motrice du ganglion ophthalmique être seule atteinte. Rollet en cite un exemple dû à Zambaco; cette paralysie pupillaire accompagne bien plus souvent d'autres troubles des fonctions cérébrales ou une paralysie des autres branches du moteur oculaire commun. Le fait suivant présente une certaine importance pratique, soit à cause de la forme rare sous laquelle la maladie se manifeste, soit par la rapidité du succès obtenu au moyen du traitement spécifique.

Le malade, qui fut observé par les auteurs dans le cours d'avril, est un homme de quarante ans, d'une constitution légèrement lymphatique. En 1859 ou 1860 il contracte une blennorrhagie, puis un chancre du prépuce qui guérit en peu de jours par des moyens locaux, et qui fut suivi de bubon suppuré. Il ne fit aucun traitement mercuriel et ne ressentit depuis cette époque aucune manifestation de la syphilis, il avait seulement quelques douleurs rhumatoïdes avec exacerbations nocturnes. En février 1872 il éprouva une douleur fixe, continue, gravative au niveau de la région sourcillière droite ; après quelques semaines, survinrent de la mydriase et du trouble de la vue. Il consulta alors le D^r Petrilli, qui reconnut à l'examen ophtalmoscopique une légère congestion des vaisseaux de la choroïde, et prescrivit l'iodure de potassium et un collyre contenant de la fève de Calabar. Ce dernier remède employé pendant plusieurs jours produisit une amélioration passagère, mais dès qu'on le cessait la pupille revenait à son état de mydriase. Le malade consulta ensuite le D^r Conti, qui lui ordonna des pilules de protoiodure de mercure.

Le 12 avril on remarque une dilatation considérable de la pupille droite, de la diplopie à la vision binoculaire, une légère mobilité de l'iris sous l'influence d'une lumière intense, du larmolement, enfin une modification du fond de l'œil tenant au défaut d'absorption des rayons lumineux par la choroïde. En faisant regarder à travers un trou très-petit percé dans une carte on rendait à la vision sa netteté même pour les objets placés à une grande distance. Les autres parties de l'œil étaient saines ; on ne trouve aucune trace de syphilides cutanées ou de néoplasies syphilitiques ; on n'observe qu'un léger engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux postérieurs.

En présence de semblables anamnétiques, de la forme et du siège de la lésion, en tenant compte de l'absence de

lésions intra-oculaires, on diagnostique une paralysie incomplète, localisée à la branche motrice du ganglion ophthalmique, et due à une néoplasie syphilitique comprimant le filet nerveux; on fait continuer l'usage du protoiodure de mercure et de l'iodure de potassium, et on abandonne tout traitement local.

Après dix jours de ce traitement on constate que l'iris est beaucoup plus sensible à la lumière, la mydriase est diminuée de moitié, le malade peut lire couramment et voir à quelque distance que ce soit, il n'a presque plus de diplopie. Depuis ce moment l'amélioration s'est accentuée et le 16 mai le malade, qui avait absorbé 80 grammes d'iodure de potassium et 30 centigrammes de protoiodure de mercure, se présente complètement guéri et ne conserve de sa maladie qu'un peu de larmolement.

Cette observation amène les auteurs à présenter quelques considérations sur le siège et la nature de l'affection.

Victor de Méric croit que la mydriase existant seule est toujours causée par la paralysie de la branche de la troisième paire qui se porte au ganglion ophthalmique. — En s'appuyant sur des données anatomo-pathologiques et physiologiques on peut affirmer que cette opinion n'est pas toujours exacte. Petit et Lussana ont clairement démontré, malgré l'opposition de Schiff, que l'iris est pourvu de deux muscles antagonistes : l'un constricteur, innervé par la troisième paire crânienne; l'autre dilatateur, animé par le grand sympathique. Le ganglion ophthalmique qui contient les fibres motrices de ces deux branches devient la source directe de ces deux ordres de fibres. La mydriase peut être produite dans deux circonstances : ou quand il y a paralysie des rameaux ciliaires provenant de la troisième paire, ou bien quand il y a spasme ou contraction due à une action exagérée des rameaux sympathiques qui tirent leur origine de la région ciliaire de la moelle. Or, les pro-

duits syphilitiques peuvent se développer dans toutes les parties du système nerveux et donner lieu à la mydriase, soit en paralysant le rameau de la troisième paire, soit en irritant la branche sympathique à son origine ou dans son trajet, soit enfin en agissant sur le ganglion ophthalmique lui-même.

Dubois-Reymond dit avoir souffert d'une hémicranie recurrenente avec mydriase de l'œil droit. Il éprouvait, pendant l'accès, de la douleur à la pression au niveau des apophyses qui correspondent à la région cilio-spinale de la moelle. Tommassi rapporte qu'une femme atteinte d'eczéma chronique, de photophobie et de mydriase, accusait, à la région ciliaire de la moelle, une douleur que la *pression* exaspérait; elle fut guérie par des applications de ventouses et de vésicatoires. Keen a vu un soldat qui, à la suite d'une blessure du côté droit du cou, avait conservé de la mydriase à droite avec de la faiblesse de la vue; le fond de l'œil était sain et les symptômes disparurent graduellement. Le *Medical Times and Gazette* rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite d'une tumeur suppurée du côté droit du cou, avait la pupille droite rétrécie. L'atropine amenait la mydriase, et la fève de Calabar produisait une atrésie excessive; il n'en était pas de même pour l'autre œil; l'ophthalmoscope ne montrant aucune différence entre ces deux organes, on pensa que l'abcès avait amené une lésion des filets sympathiques cervicaux.

Dans quelle catégorie doit-on placer le malade qui fait l'objet de cette communication? Cela est difficile à préciser. Toutefois, en tenant compte de l'absence de tout phénomène morbide à la région cervicale, de la fréquence des paralysies, même partielles, du moteur oculaire commun dans la syphilis, enfin de l'action produite par l'ésérine sur le constricteur de l'iris, il est permis d'exclure l'idée d'une lésion des rameaux sympathiques. La paralysie au-

rait été complète si l'action morbide avait agi sur le ganglion ophthalmique lui-même. On ne peut donc admettre que la paralysie des rameaux ciliaires fournis par l'oculo-moteur commun.

Il est plus facile de reconnaître la nature syphilitique de cette affection. La paralysie d'un seul muscle ou d'un seul groupe des muscles innervés par la troisième paire est un indice précieux de l'existence de la syphilis. Tommasi affirme que, dans tous les cas où il a vu une paralysie totale ou partielle de l'oculo-moteur commun, toujours il a pu prouver anatomiquement ou par les résultats du traitement la nature syphilitique de l'affection. De semblables conclusions ont été formulées par Rollet, Keyes, Reder, Lancereaux et d'autres modernes syphiligraphes.

Dans le cas présent les antécédents du malade, l'époque de l'infection, l'existence des douleurs antérieures et de la névralgie sus-orbitaire, la manifestation progressive de la mydriase en dehors de toute autre lésion de l'œil, la rapidité d'action du traitement, tous ces faits réunis affirment l'existence d'un processus de nature syphilitique, à marche lente, localisée à la branche motrice du ganglion ophthalmique. Il est probable que cette lésion consiste dans un épaissement de la gaine du nerf dû à des produits de nature gommeuse. (*Giornale italiano delle Malattie Venerie e delle Malattie della Pelle.*)

MADIER.

Le gérant, G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

DE L'ÉRYSIPELE RHUMATISMAL, par le Dr PERROUD,
médecin de l'hôpital de la Charité de Lyon.

L'érysipèle n'est pas une maladie toujours identique à elle-même. A côté de l'érysipèle spontané de la face, que l'on peut considérer comme une espèce de fièvre exanthématique, comme une pyrexie souvent contagieuse et à cycle assez régulier, il faut placer un certain nombre d'érysipèles bien différents comme espèces nosologiques et dont l'étude a déjà été entreprise par quelques pathologistes.

Ainsi on a admis l'érysipèle infectieux (1), qui n'est que le résultat d'un empoisonnement de l'économie par un agent sceptique encore inconnu : tels sont l'érysipèle trau-

(1) Raynaud, *De la nature de l'érysipèle et de ses relations avec les maladies infectieuses* (Union médicale, 1873).

matique, l'érysipèle puerpéral et des nouveau-nés (1), l'érysipèle de la fièvre typhoïde (2), etc.

On a signalé l'érysipèle paludéen, sorte de manifestation de l'intoxication palustre.

M. Courbon (3) a appelé l'attention sur l'érysipèle des scrofuleux.

Enfin nous pensons que, dans certains cas, l'érysipèle n'est que la manifestation symptomatique d'un autre état constitutionnel : le *rhumatisme*, soit à l'état de pyrexie (rhumatisme articulaire aigu), soit à l'état de diathèse (rhumatisme chronique). C'est une nouvelle espèce d'érysipèle qui demande aussi sa place dans le cadre nosologique : l'*érysipèle rhumatismal*.

On a déjà reconnu la légitimité de cette espèce pathologique ; nous voyons en effet dans une excellente revue critique de M. Cornil insérée dans les *Archives générales de médecine* de 1862, que Musgrave, dans un travail paru en 1709 sur l'arthritisme anormale, signale l'érysipèle parmi les accidents morbides que l'arthritisme peut déterminer.

Lorry (*Tractatus de morbis cutaneis*, Paris, 1777) parle aussi de l'érysipèle à propos de l'étiologie arthritique de quelques maladies cutanées.

Pierre Franck enseigne que la goutte rétrocedée ou larvée peut se montrer sous la forme de plusieurs affections de peau, surtout sous forme d'érysipèle.

Joseph Franck, outre un érysipèle rhumatismal qui paraît n'être que notre érysipèle simple spontané de la face, décrit aussi un érysipèle arthritique (*Traité de pathologie interne*, édition de l'Encyclopédie médicale, t. II, p. 78).

Scudamore (*Traité de la goutte et du rhumatisme*, tra-

(1) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né* (Thèse de Paris, 1853).

(2) Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*.

(3) Courbon, *De l'érysipèle scrofuleux* (Thèse de Paris, 1872).

duction française, Paris, 1819) a de son côté observé la fréquence du rhumatisme chez les gouteux.

Trastour (*Thèse de Paris*, 1853) cite le fait d'un érysipèle du pied dans le cours d'un rhumatisme nouveau.

Dernièrement le professeur Giuseppe Profeta publiait dans l'*Osservatore medico di Palermo*, 1873, un mémoire sur les dermatoses symptomatiques du rhumatisme et de la goutte et il citait un cas d'érysipèle au nombre de ces dermatoses.

Mais il faut remarquer que la plupart de ces auteurs, confondant la goutte et le rhumatisme sous le nom d'arthritisme, ont décrit sous le nom d'érysipèle arthritique, non seulement l'érysipèle rhumatismal, mais encore et surtout l'érysipèle gouteux. Aucun du reste n'a parlé de l'érysipèle comme manifestation du rhumatisme aigu. Nous croyons cependant qu'en nosologie, il serait bon de signaler ces diverses variétés; c'est ce que les observations suivantes nous paraissent démontrer.

OBSERVATION I. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Peu d'acuité des fluxions articulaires. — Endocardite et péricardite. — Urticaire. — Purpura. — Erysipèle à rechute. — Œdème des membres inférieurs. — Bronchite. — Guérison.*

Jean-Marie B..., de Saint-Jean de Maurienne, terrassier à Lyon, âgé de 31 ans, d'un tempérament lymphatique, blond et d'une bonne constitution, entre le 19 novembre 1871 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno, n° 20.

Ce jeune homme a eu jusqu'à présent une santé assez bonne; cependant depuis un an environ, il est habituellement oppressé.

Il y a 13 jours il commença à ressentir de vives douleurs dans les deux genoux: depuis lors ces douleurs se sont étendues à d'autres articulations; le malade a été obligé

de s'aliter, et, son état ne s'améliorant pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

Au moment de son arrivée il est affaibli : les douleurs occupent les deux genoux et les coudes ; elles sont médiocrement aiguës, et elles s'accompagnent d'un peu de gonflement du genou gauche. Le pouls est à 84 ; il est petit et régulier, le choc et la matité précordiales sont exagérés ; le premier temps est accompagné d'un bruit de souffle à la pointe. Oppression facile, toux, râles muqueux fins dans les deux poumons, crachats muqueux jaunâtres, un peu de raucité de la voix.

Prescription : aconit en potion.

Les jours suivants les douleurs diminuèrent peu à peu ; le pouls se maintint néanmoins toujours fébrile, et le souffle cardiaque le même. Le 28 novembre, par exemple, le pouls était à 100, il n'y avait que quelques raideurs articulaires ; le sujet eut une épistaxis ce jour-là.

Le 13 décembre, pouls à 112 ; aggravation depuis quelques jours de la toux et de l'expectoration ; quelques plaques d'érythème noueux sur les membres inférieurs. Même souffle cardiaque.

Le 20 décembre, éruption d'urticaire nocturne : l'érythème noueux a disparu depuis trois ou quatre jours. — Prescription : iodure de potassium, 1 gramme.

Le 25 décembre, depuis deux jours, catarrhe nasal avec gonflement de la pituitaire, surtout à gauche : la peau à ce niveau est un peu érythémateuse. Cette nuit rougeur érythémateuse et gonflement sur la partie gauche du nez et la région malaire gauche ; léger engorgement ganglionnaire sous-maxillaire gauche ; pouls à 116 ; il n'y a pas dans ce moment d'autre érysipèle dans la salle. Les attaques d'urticaire continuent. — On supprime l'iodure de potassium.

Le 26, l'érysipèle occupe le nez et les deux joues ; quel-

ques phlyctènes sur les joues : pouls à 108; un peu d'abattement.

Le 27, la rougeur est moins vive, le gonflement s'est étendu sur les deux joues : pouls à 108.

Le 28, l'érysipèle s'est effacé sur le côté droit de la face, à gauche il occupe le front, la joue, la région temporale, le nez et la paupière supérieure : pouls à 104.

Le 29, la rougeur érysipélateuse est très-pâle et le gonflement peu considérable : l'érysipèle occupe tout le front, la région temporale gauche et s'étend dans le cuir chevelu : pouls à 136, respiration 48, accablement. — Le soir, l'état général est encore plus mauvais, pouls à 144 : agitation, subdelirium, souffle cardiaque intense.

Le 30 décembre, le gonflement occupe le front et s'avance dans le cuir chevelu : les parties inférieures de la face sont dégagées. — Matin, pouls à 136, température axillaire 39°,5; le soir, température 39°,7.

Le 31, la rougeur et le gonflement sont toujours peu marqués; ils gagnent l'occiput : pouls à 112; respiration à 60 par minute, facies égaré. — Prescription : vin et quina.

Le 2 janvier, la rougeur et le gonflement ont disparu, il ne reste qu'un peu d'empâtement sous-cutané vers l'occiput; engorgement des ganglions post-cervicaux : pouls à 132; l'oppression est toujours très-grande; très-nombreux râles sibilants et humides dans les deux poumons; battements cardiaques tumultueux; même souffle systolique; bruit rude de frottement péricardique dans la région précordiale : accablement. — Vésicatoire précordial.

Le 6 janvier, l'érysipèle a complètement disparu : pouls à 98; respiration 48; râles ronflants dans les deux poumons; œdème des membres inférieurs.

Pendant toute cette période, les articulations ont été à peu près complètement dégagées; les jours suivants, l'œdème augmente un peu, mais l'état général s'améliore. Le

pouls oscille entre 100, 108 et 112; le frottement péricardique diminue, et les urines se montrent toujours exemptes d'albumine, mais l'oppression continue, ainsi que les râles pulmonaires et le souffle cardiaque.

Le 6 février, nouvel érysipèle ayant débuté hier soir par le lobule du nez et s'étendant ce matin à tout le nez et à la région malaire droite : petites phlyctènes disséminées sur la joue droite, peu d'engorgement sous-maxillaire : pouls à 112, très-petit et irrégulier; respiration 48; battements cardiaques très-tumultueux. — Vin, quina, sulfate de quinine.

Le 7, la rougeur et le gonflement diminuent.

Le 8, ils sont entièrement effacés; chute des cheveux en grande quantité.

Le 10 février, apparition de taches purpuriques sur les membres inférieurs. — Perchlorure de fer.

Ces taches disparaissent le 13, après s'être multipliées sur la partie postérieure des cuisses; pas d'albumine dans les urines; pas d'œdème des membres.

Le 26 février, accès de fièvre dans la soirée avec frissons.

Le 27 au matin, nouvelle poussée érysipélateuse sur la joue gauche avec phlyctènes et engorgement des ganglions sous-maxillaires : pouls à 120; les articulations sont toujours à peu près libres.

Le nouvel érysipèle ne s'étend pas; il pâlit sur place, et il est complètement effacé le 29.

Le 8 mars, un peu de gonflement avec rougeur se montre de nouveau sur le lobule du nez, mais deux jours après il avait entièrement disparu.

Le 18 mars 1872, le pouls est régulier à 88; le bruit de frottement péricardique ne s'entend plus; très-léger souffle cardiaque systolique; voussure et matité précordiale exagérées; oppressions et palpitations faciles à provoquer;

encore quelques taches purpuriques sur les membres inférieurs sans œdème ni albuminurie ; les jointures sont libres. Le malade demande son exeat.

En résumé, voilà un jeune homme qui, sous une influence étiologique indéterminée, présente les manifestations rhumatismales les plus diverses. C'est d'abord une endocardite avec insuffisance mitrale, dont le début paraît avoir précédé d'un an les localisations articulaires, si nous en jugeons par les accidents d'oppression que le malade accuse dès cette époque ; puis ce sont des localisations articulaires multiples, mais non très-aiguës ; bientôt après de la bronchite, de la péricardite et une certaine exacerbation de l'endocardite, enfin des manifestations cutanées, telles que érythème noueux, urticaire, érysipèle, purpura, œdème ; le tout accompagné d'un état général grave et de fièvre vive.

Nous insisterons sur les caractères généraux de ces diverses localisations, à savoir sur leur tendance à se multiplier et sur leur incontestable mobilité qui les fait s'effacer promptement pour se reproduire avec la même facilité et qui leur donne un air de famille irrécusable.

L'érysipèle a présenté, lui aussi, ces allures mobiles : nous signalerons non-seulement sa forme ambulante, mais encore sa tendance à se répéter et à récidiver après plusieurs disparitions antérieures. Nous ferons remarquer aussi la médiocrité du gonflement et de la rougeur, comparativement à ce que l'on voit dans les cas d'érysipèles médicaux simples. Enfin, nous devons aussi signaler, en passant, l'action prédisposante que l'iodure de potassium a peut-être eue sur l'apparition de la manifestation rhumatismale dont nous parlons ; en effet, c'est consécutivement à une congestion produite dans la région nasale par l'administration de l'iodure de potassium et dans cette même région que l'érysipèle a débuté pour de là se propager au loin. C'est un fait à rapprocher de ceux que Stephen Mackenzie a déjà

publiés, en 1871, dans le numéro du 22 avril du *British medical Journal*. (Voyez *Lyon médical*, 17 septembre 1871.)

OBSERVATION II.—*Rhumatisme multi-articulaire subaigu.*
— *Ascendants rhumatisants.* — *Epistaxis.* — *Endocardite.* — *Erysipèle ambulante.* — *Disparition momentanée des accidents articulaires.* — *Guérison.*

Jean Gir..., 25 ans, né à Montrevel, tisseur à Lyon, entre le 8 janvier 1867 à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il est couché au n° 14 de la salle Saint-Eucher.

Ce jeune homme est né de parents rhumatisants : il n'a jamais eu qu'une légère blépharite dans son enfance.

Il y a 6 ans, il aurait éprouvé dans la région précordiale une douleur qui dura 18 mois sans grande acuité, car le malade ne subit aucun traitement ; mais, depuis lors, il éprouve de l'essoufflement et des palpitations sous l'influence du moindre effort, surtout quand il marche un peu vite et qu'il monte les escaliers.

Il y a 6 semaines, à la suite présumée d'un coup de froid, survinrent des douleurs articulaires avec gonflement médiocre. Ces douleurs ont parcouru successivement les principales articulations avec une fièvre très-modérée et sans obliger le malade à garder le lit d'une manière continue.

Au moment de son admission à l'hôpital, Jean Gir... a de simples raideurs articulaires dans les membres supérieurs ; le pouls est à 100, petit et un peu irrégulier. Le cœur bat très-énergiquement dans une grande étendue : la pointe se sent, dans le sixième espace intercostal, à 2 centimètres au-dessous du mamelon : le premier temps est accompagné d'un souffle très-intense, dont le maximum est à la pointe, mais qui s'entend dans une grande étendue de la poitrine ; oppression facile, mais pas d'asystolie.

Les jours suivants, le pouls a sensiblement baissé : il varie entre 80 et 90 ; les douleurs sont peu intenses, mais

assez mobiles et toujours articulaires ; un peu de conjonctivite oculaire sans iritis se montre aux deux yeux le 18 janvier, et des épistaxis, peu abondantes du reste, se répètent les 13, 17 et 26 janvier.

Le 27 il survient de la céphalalgie et de la fièvre : la nuit est mauvaise et agitée et le lendemain, 28, on constate une rougeur érysipélateuse avec gonflement occupant le nez, ses joues et les paupières. Les ganglions sous-maxillaires sont peu engorgés, la peau est chaude, la langue sale, le pouls est à 124 et le souffle cardiaque a beaucoup augmenté d'intensité.

Le 29, l'érysipèle occupe les deux oreilles et toute la face, moins le menton ; les paupières sont fermées par le gonflement. Pouls à 120 ; le souffle cardiaque est toujours très-intense.

Le 30, l'érysipèle fait le tour du cou et occupe toute la face ; les lèvres sont rouges et gonflées, et ce gonflement s'étend à la muqueuse buccale : il y a un peu de dysphagie.

Le 31, épistaxis abondante cette nuit ; pouls à 104 ; le gonflement et la rougeur de la face sont moindres, mais l'érysipèle descend sur les épaules. Langue sale, le malade se sent mieux. — Prescription : eau de Sedlitz.

Le 1^{er} février, commencement de desquamation sur la face ; l'érysipèle envahit le dos et la poitrine ; encore un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, légère épistaxis. — Perchlorure de fer, 2 grammes.

A partir de ce jour le pouls baisse progressivement ; la rougeur pâlit de plus en plus, tout en s'étendant cependant davantage ; ainsi, le 2 février, l'érysipèle descend jusqu'au mamelon et en arrière jusqu'à la dixième dorsale ; pouls à 104. — Le 3, pouls à 100 : érysipèle au niveau de l'appendice xyphoïde. — Le 4, pouls à 96 ; l'érysipèle s'efface sur le tronc, mais descend jusque sur la partie moyenne du bras. — Le 5, pouls à 80 ; l'érysipèle s'avance jusqu'au coude et disparaît partout ailleurs ; état général assez bon ;

le souffle cardiaque est moins intense. — Le 6, pouls à 76 ; l'érysipèle s'arrête.

Les jours suivants la desquamation ne tarde pas à se compléter et l'appétit revient ainsi que les forces.

Le 16 février, l'érysipèle est entièrement guéri, mais les douleurs articulaires, qui avaient tout à fait disparu pendant la poussée érysipélateuse, reprennent une certaine intensité dans les épaules.

Le 19, outre ces douleurs, il se produit une épistaxis comme il en survenait avant le début de l'érysipèle.

Le 22, le malade demande sa sortie ; il a encore de vagues douleurs dans les épaules ; il n'a plus de fièvre et le souffle cardiaque, si considérable pendant l'érysipèle, a repris ses caractères antérieurs.

En résumé, dans le cas précédent, il s'agit d'un jeune homme né de parents rhumatisants qui présente, lui aussi, des accidents de nature rhumatismale. Du côté des articulations, ce sont des fluxions multiples et d'acuité médiocre ; sur l'endocarde, c'est une lésion chronique ayant produit l'insuffisance de la valvule mitrale ; enfin, sur la peau, c'est un érysipèle à caractère ambulant, à rougeur modérée, ayant débuté sans ces petites plaies ou ces légères exco-riations qui servent habituellement de point de départ à l'érysipèle ordinaire de la face.

Nous ferons remarquer de plus que les fluxions articulaires ont considérablement diminué et ont même presque entièrement disparu pendant la durée de l'érysipèle, pour reparaitre aussitôt après l'extinction de celui-ci.

OBSERVATION III. — *Erysipèle de la face avec léger caractère ambulant. — Fluxions rhumatismales suraiguës sur les articulations pendant la période de desquamation. — Sciatique droite consécutive.*

Girard Tix..., de Jonage (Isère), maçon à Lyon, âgé de

46 ans, d'un tempérament sanguin, brun et d'une bonne constitution, entre le 30 septembre 1870 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Charles, n° 45.

Cet homme a eu en 1848 une fièvre intermittente tierce qui dura deux mois ; bonne santé depuis lors.

Il y a douze jours, fièvre, frissons, céphalalgie, brisement général, anorexie et bouche mauvaise sans vomissement ; cinq jours après, débute par l'aile droite du nez un érysipèle qui s'étend peu à peu à l'oreille droite, aux paupières de l'œil droit et à la joue droite. Cet érysipèle survient sans excoriation cutanée ni autre plaie antérieure et sans engorgement ganglionnaire.

A l'entrée du malade dans le service, l'érysipèle est unilatéral, occupant la moitié droite de la face moins le menton, et s'étendant un peu à droite sur le cou jusque vers le sternum : quelques croûtes et quelques phlyctènes sur la joue droite ; l'œil droit est en partie fermé par le gonflement des paupières : pouls à 114 ; langue sale ; état général assez bon. — Prescription : sulfate de quinine, 0,30.

Le jour suivant, l'éruption s'étend : le 1^{er} octobre, elle envahit la partie postéro-latérale droite du cou. — Le 2, elle occupe le nez tout entier et un peu la pommette gauche. — Le 3, la rougeur et le gonflement sont bien moindres, mais ils s'étendent à droite dans le cuir chevelu : pouls à 76 ; état général meilleur.

Le 4, le pouls est à 74, la rougeur et le gonflement sont tombés partout : la région temporale gauche est seule encore occupée. — Le 5, encore un peu de rougeur sur la joue gauche : apyrexie ; desquamation sur le côté droit de la face ; pouls à 76 : le sulfate de quinine est remplacé par 2 grammes d'extrait de quina. — Le 7, l'érysipèle est entièrement éteint ; la desquamation se généralise, le pouls est à 64 ; le malade est convalescent.

Le 14 octobre, sans cause appréciable, vives douleurs dans les principales articulations des deux membres inférieurs ; les genoux sont tuméfiés et sont le siège de légères hydarthroses ; pouls à 112 ; la desquamation est complète.

Le 18, la fluxion rhumatismale des deux genoux paraît un peu moins vive ; le poignet droit est pris, il est engorgé et douloureux ; pouls à 88 ; rien au cœur.

Le 21, le poignet gauche se prend à son tour ; les fluxions sont moins aiguës sur les autres jointures ; pouls à 88.

Le 4 novembre, les articulations sont complètement libres, mais depuis deux jours le malade accuse une vive douleur le long du sciatique droit, sans analgésie cutanée ; le pouls est toujours à 88.

Le 20 novembre, le malade a pris quelques bains sulfureux et sort guéri.

En résumé, dans le fait précédent nous voyons un homme d'une bonne constitution être atteint sans cause appréciable d'un érysipèle qui survient sans avoir été précédé ni accompagné d'engorgement ganglionnaire, ni de la moindre petite plaie ou excoriation dans le voisinage des parties malades.

Cet érysipèle a offert une certaine tendance à s'étendre, tout en ne présentant qu'une rougeur et un gonflement modérés. La guérison paraissait définitive et la desquamation se complétait, quand, sans cause déterminée, la fièvre se ralluma et des fluxions assez aiguës se montrèrent sur les principales articulations des membres inférieurs, puis sur les poignets avec ces allures de mobilité si caractéristiques des affections rhumatismales. Ce second acte de la maladie terminé, nous voyons apparaître de nouveaux accidents du côté du nerf sciatique et une névralgie aiguë succéder aux manifestations qui venaient de se produire d'abord sur la peau, plus tard sur les jointures.

Il est difficile de ne pas voir dans ces différentes locali-

sations des effets d'un même état morbide: le rhumatisme. Cette opinion nous paraît confirmée et par les caractères que l'érysipèle a présentés et par la nature, la marche et l'enchaînement des accidents qui suivirent.

OBSERVATION IV. — *Rhumatisme chronique. — Erysipèle de la face à forme un peu ambulante. — Début par les muqueuses.*

J.-B. Serv..., de Lyon, journalier à Lyon, âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, blond, entre le 28 mai 1870 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 46.

Bonne santé antérieure. Il y a deux mois, après quelques jours de céphalalgie et de malaises, survinrent des douleurs dans les deux genoux, surtout à droite: elles étaient peu intenses, sans gonflement et non accompagnées de fièvre. Le malade continua son travail jusqu'à ces derniers jours; ce n'est que depuis avant-hier qu'il est alité.

Au moment de son admission dans le service, il a la langue un peu blanche et se plaint de douleurs subaiguës vers le genou droit, surtout au niveau de la patte d'oie; il n'y a ni rougeur ni gonflement. Rien au cœur, conjonctivite légère; un peu d'engorgement ganglionnaire cervical et sous-maxillaire. Une épistaxis il y a deux jours.

Le 5 juin, nouvelle épistaxis assez abondante.

Le 6, pouls à 100; peau chaude; conjonctives rouges et larmoyantes; brisement général.

Ces accidents diminuent considérablement le 8; mais le 9 survient un peu de dysphagie avec rougeur et léger gonflement de la muqueuse de l'isthme du gosier.

Le 10, la douleur du gosier augmente; il y a de l'enchiffrement très-prononcé des deux narines: la fièvre est plus intense, ainsi que l'abattement. A six heures du soir, on constate une légère rougeur érysipélateuse dans le grand angle de l'œil gauche et de l'épiphora de ce côté.

Le 11, la nuit a été agitée ; pouls à 124 ; rougeur érysipélateuse avec gonflement de la moitié latérale gauche du nez, de la paupière inférieure et de la région malaire du même côté. La respiration nasale est impossible ; la rougeur et le gonflement de la muqueuse du gosier sont très-prononcés ; un peu d'engorgement du ganglion préauriculaire gauche ; les ganglions sous-maxillaires sont aussi un peu engorgés. Température axillaire, matin et soir 40°,6. Vin, rhum, sulfate de quinine.

Le 12 juin, l'érysipèle s'est étendu ; il occupe la moitié supérieure de la joue gauche, toute la moitié gauche du front et s'avance à droite dans la région sous-orbitaire après avoir envahi le dos du nez et la moitié gauche de la lèvre supérieure : pouls à 100 ; température, matin 39° C., soir 40°,6.

Le 13, légère épistaxis le matin ; la région malaire droite est libre : pouls à 100, même état de la température.

Le 14, desquamation sur les régions malaires ; l'érysipèle pâlit ; le gonflement s'étend jusque dans la région parotidienne ; forte céphalalgie ; abattement ; le malade ne se plaint plus de ses douleurs articulaires.

Le 15, l'érysipèle est toujours très-pâle, il s'étend à trois travers de doigt dans le cuir chevelu : pouls à 120 ; peau sèche ; soif très-vive.

Le 16, douleur à la pression dans le cuir chevelu jusqu'au sommet de la tête ; la rougeur diminue toujours à la face : pouls à 108 ; température toujours élevée.

Le 17, desquamation très-accentuée à la face ; dans le cuir chevelu bourrelet très-douloureux vers le sinciput ; urines très-colorées, non albumineuses, fortement chargées en urates ; rien au cœur.

Le 19, la fièvre diminue sensiblement ; le bourrelet gagne la région occipitale ; encore un peu d'engorgement des ganglions cervico-latéraux.

Les jours suivants la fièvre tombe peu à peu et le gonflement s'affaïsse progressivement, si bien que le 23, le pouls était à 76 et l'érysipèle complètement éteint; les douleurs articulaires étaient nulles aussi.

Le 6 juillet, le malade a son exeat.

En résumé, un jeune homme atteint de douleurs rhumatismales offrant les allures du rhumatisme chronique est pris d'une inflammation superficielle de la muqueuse du gosier, qui ne tarde pas à envahir celle des fosses nasales et à se propager à la peau de la face par les voies lacrymales de l'œil gauche. L'érysipèle ainsi formé a une certaine tendance à prendre la forme ambulante, s'effaçant rapidement en un point pour envahir les parties voisines, caractère commun aux différentes manifestations du rhumatisme.

Nous signalerons en passant ce début par le gosier, c'est-à-dire dans une région bien connue du rhumatisme, ainsi que cette pâleur de l'éruption cutanée que nous avons déjà rencontrée dans nos autres observations. Nous mentionnerons aussi cette sorte de balancement qui s'est montré entre la localisation cutanée et les localisations articulaires, celles-ci se taisant aussitôt que celle-là entrait en scène.

OBSERVATION V. — *Rhumatisme noueux avec déformations articulaires très-marquées. — Erysipèle facial de durée limitée et à rechutes faciles.*

Marie Nig..., de Villefranche, dévideuse à Lyon, âgée de 43 ans, entre le 9 octobre 1869 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 79.

Il y a 14 mois, cette malade a souffert de douleurs rhumatismales aiguës dans les articulations grandes et petites des membres supérieurs et des membres inférieurs; peu à peu le gonflement est tombé et les douleurs se sont calmées sans jamais disparaître tout à fait; les articulations devin-

rèrent en même temps le siège de déformations progressives et permanentes.

Au moment de son entrée dans le service, la malade souffre d'une manière très-notable ; les petites articulations des doigts sont noueuses et en partie enkylosées ; la malade ne peut ni coudre ni tricoter ; elle peut cependant manger seule ; les grosses articulations sont atteintes elles aussi : il y a aux genoux une subluxation des tibias en arrière et l'on constate des craquements dans les coudes et dans les épaules. Pas de souffle cardiaque : pouls à 114. — Prescription : iodure de potassium, teinture d'aconit.

Le 13 octobre, sans cause connue, douleur au gosier avec rougeur sans gonflement de la muqueuse ; un peu d'extinction de voix : pouls à 108 ; rougeur des pavillons des deux oreilles avec engorgement érysipélateux ; pas d'engorgement ganglionnaire. — Suppression de l'iodure de potassium.

Le 14 octobre, ces accidents ont considérablement diminué : le pouls est à 100.

Le 16, desquamation sur les deux oreilles ; le gosier est libre.

Le 20, apyrexie ; l'érysipèle n'a laissé aucune trace.

Le 28, réapparition de l'érysipèle : pouls à 124 ; les douleurs articulaires sont bien moindres ; un peu d'anorexie.

Le 29, diminution du gonflement et de la rougeur de l'érysipèle : pouls à 100.

Le 31, l'érysipèle a de nouveau complètement disparu. La malade sort le 4 novembre 1869 ; les douleurs articulaires sont moindres.

Dans le fait qui précède, la diathèse rhumatismale est évidente ; elle a amené du côté des articulations des altérations nombreuses et permanentes ; nous pensons que c'est à elle aussi qu'il faut attribuer les fluxions érysipélateuses qui se sont produites sur les oreilles. Elles ont éclaté en ef-

fet sans cause appréciable et sans cet accompagnement d'adénite et d'excoriations de voisinage si fréquent dans les cas d'érysipèles simples de la face ; elles se sont manifestées aussi sans grande acuité locale et sans grand retentissement général, offrant une certaine ressemblance d'allure avec les autres manifestations rhumatismales présentées par la malade. Enfin cette tendance à la répétition et ce peu de durée de la fluxion une fois formée sont un des éléments de la caractéristique du rhumatisme.

OBSERVATION VI. — *Rhumatisme chronique articulaire.*

— *Sciatique gauche subaiguë. — Érysipèle facial intercurrent. — Rougeur, gonflement et fièvre très-modérée.*

Lièvre L. . ., de Lyon, journalier à Lyon, âgé de 38 ans, d'un tempérament sanguin et de bonne constitution, entre le 27 mars 1870 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 86.

Cet homme a eu de nombreuses atteintes de rhumatisme subaigu, soit sous forme de sciatique gauche, soit sous forme de douleurs articulaires subaiguës dans les membres inférieurs depuis 1853 ; il a fait pour ces accidents plusieurs séjours de quelques mois chacun dans les hôpitaux.

Au moment de son admission dans le service, il souffre encore d'une douleur subaiguë de la hanche gauche qui gêne beaucoup la marche ; en outre, depuis quatre jours il présente une légère rougeur érysipélateuse avec gonflement occupant les deux joues, le nez et les paupières inférieures ; les parties sont tendues et luisantes, mais la fièvre est très-modérée, le pouls est à 76 et la température n'atteint pas 38° : pas de souffle cardiaque.

Le 28 mars, l'érysipèle s'étend à droite jusque vers le pavillon de l'oreille ; le gonflement est moindre sur les paupières inférieures ; pouls à 60 ; température 37°,3. Les douleurs articulaires sont presque nulles.

Les jours suivants, l'érysipèle s'éteint progressivement ;

le 31, il était limité à l'oreille droite, et le 3 avril il avait disparu partout.

A ce moment les douleurs rhumatismales paraissent un peu plus intenses, sans néanmoins passer à l'état aigu. Le malade se plaint d'une sciatique gauche assez vive avec un peu d'analgésie de la peau au niveau du talon gauche et de la face externe du pied.

Ces accidents diminuent sous l'influence de quelques douches de vapeurs, et le malade obtient son exeat le 16 avril 1870.

Dans ce fait nous voyons un homme manifestement rhumatisant, et rhumatisant de longue date, présenter sans cause appréciable un érysipèle de la face. Ce qui nous porte à croire que dans ce cas l'érysipèle n'a été qu'une manifestation de la diathèse préexistante, c'est l'absence de toute autre cause déterminante, l'espèce de bascule qui s'est établie entre lui et la localisation du côté de la hanche et du côté du sciatique, et enfin le peu de retentissement général qu'a eu la maladie. C'est seulement une légère fluxion avec gonflement modéré que le malade a présentée du côté de la face, sans fièvre et sans acuité; les choses se passent bien différemment dans les cas d'érysipèle ordinaire. Dans notre fait, la localisation cutanée du rhumatisme s'est manifestée avec la même subacuité que les localisations sur les membres inférieurs.

Il nous suffira de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les observations dont nous venons de donner l'histoire pour avoir les principaux traits de l'érysipèle rhumatismal.

Cet érysipèle survient dans le cours du rhumatisme aigu (obs. I, II, III) aussi bien que dans le rhumatisme chronique (obs. IV, V, VI); quelquefois il précède l'apparition des fluxions sur les articulations; nous l'avons observé notamment chez une femme dont nous donnerions l'histoire

si nous ne craignons d'allonger cette note outre mesure ; d'autres fois, c'est après les localisations articulaires que se fait celle sur la peau.

Quelques rhumatisants de longue date comptent des rhumatisants dans leurs ascendants.

Dans quelques cas la fluxion cutanée succède par extension à une fluxion sur une muqueuse, à l'angine rhumatismale, par exemple, dont l'existence ne fait actuellement plus de doute. C'est ce que nous avons vu dans notre observation IV.

En dehors de la diathèse rhumatismale, il est difficile d'assigner une cause à la maladie ; ici pas d'excoriations cutanées, pas de plaies, ni de petits traumatismes qui aient servi de points de départ au mal comme dans beaucoup d'érysipèles spontanés ordinaires de la face. Pas de contagion non plus, car au moment où les faits précédents ont été observés, il n'y avait dans le service aucun érysipélateux qui ait pu répandre la maladie.

Comme caractère objectif, l'érysipèle rhumatismal présente une rougeur très-modérée, un gonflement très-médiocre et une certaine tendance à s'étendre, entrant en résolution et en desquamation en un point, pendant qu'il progresse d'autre part à la manière de l'érysipèle ambulant.

D'autres fois c'est une mobilité d'allure qui rappelle celle des autres localisations rhumatismales ; après quelques jours de durée tout disparaît pour réapparaître après un certain intervalle de repos, disparaître de nouveau et se réveiller encore une fois, soit dans le même point, soit dans des endroits différents (obs. I, V).

L'engorgement ganglionnaire est ici moins inévitable que dans les autres espèces d'érysipèle. Enfin, il existe entre la fluxion cutanée et celle des articulations une sorte d'oscillation comparable à celle que l'on constate pour

toutes les autres localisations du rhumatisme; les fluxions articulaires diminuent pendant l'érysipèle et reprennent leur acuité première après la disparition de celui-ci.

L'érysipèle rhumatismal ne s'est jamais présenté à nous avec des caractères très-graves; il a toujours guéri sans médication spéciale.

Dans quelques cas la fluxion cutanée succède par extension à une fluxion sur une membrane, à l'angine rhumatismale, par exemple, dont l'existence ne fait aucunement plus de doute. C'est ce que nous avons vu dans notre observation IV.

En dehors de la diathèse rhumatismale, il est difficile d'assigner une cause à la maladie; ici pas d'excoriations cutanées, pas de plaies, ni de petits traumatismes qui aient servi de point de départ au mal comme dans beaucoup d'érysipèles spontanés ordinaires de la face. Pas de contagion non plus, car au moment où les faits précédents ont été observés, il n'y avait dans le service aucun érysipèle.

Cette forme d'érysipèle rhumatismal présente une réapparition très-modérée, un gonflement très-modéré et une certaine tendance à s'étendre, entrant en résolution et en déquamation en un point, pendant qu'il progresse d'autre part à la manière de l'érysipèle ordinaire.

D'autres fois c'est une mobilité d'altération qui rappelle celle des autres localisations rhumatismales; après quelques jours de durée tout disparaît pour réapparaître après un certain intervalle de repos, disparaît de nouveau et se réveille encore une fois, soit dans le même point, soit dans des endroits différents (obs. I, V).

L'engorgement conjonctival est ici moins évident que dans les autres espèces d'érysipèle. Enfin, il existe entre la fluxion cutanée et celle des articulations une sorte d'oscillation comparable à celle que l'on constate dans

II.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — PAVILLON GABRIELLE.

Service de M. le Dr Hillairet.

ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.— ANALYSE DU SANG.

L'analyse du sang dans l'éléphantiasis des Grecs est loin d'avoir fourni jusqu'à ce jour des données sérieuses qui puissent conduire à des idées doctrinales sur la nature même de cette affreuse maladie. — Les recherches de M. Bautmy, comme celles de Danielhen et Bœck, ne sauraient autoriser ces derniers auteurs à prétendre, ainsi qu'ils l'ont fait, que les productions albumineuses trouvées, à l'autopsie, dans les méninges des lépreux, sont le résultat de l'augmentation du chiffre de l'albumine et des albuminates. Si les matières solides du sang se rencontrent souvent en excès, il est indispensable de remarquer que cela n'a lieu que dans des circonstances particulières, c'est-à-dire au moment des poussées tuberculeuses, accompagnées d'état fébrile, qui se produisent aux changements de saison et dans une même saison sous des influences encore mal déterminées.

Des recherches sur ce point important ont été faites à diverses reprises par M. le Dr Hillairet au pavillon Gabrielle.

Afin de mieux indiquer la relation qui existe entre les poussées tuberculeuses fébriles et les altérations du sang, il nous semble utile de donner l'observation complète d'un des malades qui ont été le sujet de cet examen.

OBSERVATION. — Le 7 mars 1865, le nommé M..., âgé de 28 ans, originaire d'Haïti et habitant Paris depuis deux ans, se présenta au pavillon Gabrielle, où il fut couché chambre n° 22. Le début de sa maladie remontait à trois années.

État actuel. — Le malade présente au premier aspect tous les caractères de la lèpre tuberculeuse la mieux accentuée. La face est couverte de productions tuberculeuses inégalement disséminées; en outre, les membres supérieurs et inférieurs, ces derniers un peu moins, offrent des taches fauves, irrégulières, qui, tout d'abord, confirment la première idée.

Si l'on examine en détail chacune des parties du corps où le tégument est altéré, on rencontre certaines différences.

La face est, à peu près exclusivement, le siège de tubercules, dont les uns superficiels, semblent être constitués par une simple hypertrophie papillaire, rappelant, sur plusieurs points, les éléments du lichen à papules déprimées. — Sur d'autres points de la face, et répartis au milieu des précédents, on trouve encore des tubercules profonds, siégeant dans l'épaisseur du derme, formant une saillie moins nette que celle des précédents, moins bien dessinée surtout, et consistant en une sorte de soulèvement en masse plutôt qu'en une véritable tumeur. Ces divers tubercules, et notamment les derniers, se montrent surtout en abondance sur le côté gauche de la face; ils sont serrés les uns contre les autres, et constituent, sur chaque point, de véritables plaques mamelonnées dont l'intervalle est épaissi et infiltré de matière gélatineuse. Chacun des tubercules, pris à part, offre une consistance ferme et élastique; sur quelques points on en trouve de déprimés, le plus grand nombre est saillant; ils sont aussi à peu près hémi-

sphériques et groupés au nombre de cinq à huit. Leur coloration tranche à peine sur la teinte générale de la peau, qui est d'un brun obscur ; toutefois, quelques-uns d'entre eux ont une légère teinte rosée. Sur presque tous, la surface est chagrinée légèrement ; sur d'autres, elle est complètement lisse. La disposition de l'épiderme est normale ; au même niveau, la sensibilité ne paraît pas avoir subi de modifications.

La peau qui supporte les tubercules paraît, comme celle qui les sépare, infiltrée de matière gélatineuse. C'est au niveau du pavillon de l'oreille que cette disposition est surtout prononcée. Toutefois, nous ne trouvons, ni dans les parties profondes du derme, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, ces tumeurs irrégulières qui constituent ce qu'on appelle des stéatomes. L'engorgement des téguments, qui presque toujours les accompagne, est au contraire assez marqué, ainsi que nous venons de le dire pour le pavillon auriculaire.

Au niveau du lobule du nez et au niveau du sourcil droit, on rencontre les traces d'une ulcération qui remonte à deux mois, et qui, d'après le récit du malade, aurait donné issue à un liquide analogue à de la matière grasse, fondue, visqueuse, mais sans s'accompagner d'aucune odeur que le malade ait remarquée.

Sur les membres supérieurs et inférieurs existent les taches fauves que nous avons déjà signalées. A leur niveau, la pression du doigt ne détermine pas de changement de coloration, la sécrétion sudorale y est nulle et la sensibilité n'a subi de modifications ni en plus, ni en moins.

Le jour de son entrée, le malade offre un exemple de l'état fébrile qui accompagne presque toujours le développement des tubercules dermoïdes ; son pouls est à 100.

On le soumet à l'usage de l'eau de Vichy, des douches de vapeur et des bains alcalins.

Si maintenant, l'état actuel étant constaté, on interroge le malade relativement aux phases d'évolution par lesquelles la maladie a dû passer, il nous donne les détails suivants :

Fils d'une négresse et d'un blanc, ayant toujours vécu dans des conditions aussi salubres que possible, doué d'une constitution assez forte, M. M... n'a jamais eu d'indispositions qui aient fixé son attention jusqu'au moment où a débuté l'affection qui l'amène aujourd'hui au pavillon Gabrielle. Ni chez ses parents, ascendants ou collatéraux, ni dans les conditions climatiques du lieu de sa naissance, prétend-il à tort, ni dans son mode d'alimentation, nous ne trouvons de renseignements étiologiques capables de nous éclairer. Le malade est, en effet, le seul de sa famille, et le seul aussi, peut-être, dans son pays (s'il faut s'en rapporter à lui) qui ait présenté les lésions que nous avons décrites. Enfin s'il a fait un usage assez abondant d'axonge de viande de porc et d'autres viandes fumées, le reste de son alimentation était assez varié.

Aujourd'hui encore, sauf un léger mouvement fébrile, le malade n'éprouve pas de gêne marquée, et son désir en entrant au pavillon est surtout de voir disparaître les tubercules qu'il porte au visage.

L'étude rétrospective du développement des diverses altérations cutanées de notre malade nous conduit aux résultats suivants :

Sans réaction générale dont il ait gardé le souvenir, il a vu peu à peu apparaître sur chacun de ses membres supérieurs, et en particulier sur leur face dorsale, des macules pareilles à celles que nous avons décrites précédemment; il les a vues en 1853 s'effacer un certain nombre de fois, mais toujours incomplètement; en même temps il a remarqué qu'à leur surface se faisait une légère desquamation. Ce n'est qu'en 1864, vers la fin de l'année,

que les macules ont fini par devenir permanentes ; quant à la sécrétion sudorale, elle a toujours été nulle à leur niveau, comme elle l'est aujourd'hui.

La lésion maculeuse fut longtemps la seule à se montrer. C'est à la fin de 1864, en même temps que les taches fauves qui la constituent devenaient plus prononcées, que le malade a vu paraître les premiers tubercules dermoïdes. Leur développement s'est fait lentement et sans occasionner de douleur appréciable ; alors, les uns apparurent d'emblée, sur les parties de peau saine, tandis que les autres naissaient sur les taches mêmes, comme si elles eussent été seulement soulevées et douées d'une consistance insolite.

Depuis l'époque de leur apparition, les tubercules sont restés quelque temps stationnaires ; quelques-uns ont cependant, au dire du malade, rétrogradé, et probablement ils ont disparu par résorption, car ils n'ont pas laissé de cicatrice ; d'autres au contraire ont pris peu à peu une coloration plus foncée, leur consistance a diminué ; à leur surface se sont formées des fissures augmentant graduellement et donnant passage à une humeur visqueuse. La saillie qui constituait le tubercule s'est ensuite entr'ouverte et une masse demi-liquide s'en est échappée ; la peau du sourcil droit et le lobule du nez offrent les traces évidentes de ce genre de travail.

Mais pendant que certains tubercules s'effaçaient, pendant que d'autres s'ulcéraient, un plus grand nombre demeuraient et, au milieu d'eux, soit isolément, soit simultanément, de nouveaux tubercules se montraient ; ce sont eux que nous voyons aujourd'hui. Cependant le malade n'avait pas éprouvé de phénomènes réactionnels généraux.

Aujourd'hui au contraire, en même temps qu'une poussée nouvelle recommence à se faire sous nos yeux, un état

fébrile persistant se manifeste; nous y reviendrons tout à l'heure.

Nous avons signalé plus haut l'état d'engorgement dont était le siège le pavillon auriculaire de l'un et de l'autre côté. Or cette modification s'est faite insensiblement sans s'accompagner d'aucun mouvement fluxionnaire ou phlegmasique. La peau ne fut alors le siège d'aucune tuméfaction douloureuse; à peine était-elle un peu rouge et tendue; pas de fièvre d'ailleurs, ni de troubles de la sensibilité. Le seul phénomène que le malade ait remarqué, c'est la marche chronique de l'engorgement diffus que nous remarquons aujourd'hui. Il semble que le tissu des parties atteintes soit infiltré d'une matière pâteuse qui leur a fait perdre leur consistance et leur élasticité. Le malade rapporte du reste à une même époque, en rapport avec le début, le développement de l'engorgement que nous venons de rappeler et celui des macules précédemment décrites. La seule inspection de ces lésions, leur siège, leur mode de développement ne permettent guère d'hésiter au point de vue du diagnostic; aucune affection autre que la lèpre maculeuse et tuberculeuse ne présente cet ensemble de symptômes.

Depuis que le malade est soumis à notre observation, son pouls reste élevé et vacille entre 90 et 100 pulsations, sans que toutefois on puisse noter d'élévation de température du côté des téguments; parfois il accuse une douleur au creux épigastrique, qui cède assez rapidement à l'application d'un cataplasme laudanisé. Un symptôme sur lequel le malade appelle aussi notre attention consiste dans de fréquentes érections qui semblent augmenter avec le développement même de la lésion cutanée. L'examen des organes génitaux nous fait constater pour le pénis un état d'induration du fourreau, en même temps qu'une tuméfaction assez prononcée de chacun des épидidymes.

Le malade quitte l'hôpital le 19 mars 1865, pour affaires qui l'appellent en Angleterre, et jusqu'au de la même année, il est soustrait à notre observation.

A son retour, le 1865, nous trouvons augmenté considérablement le nombre des tubercules du visage, auquel ils donnent assez bien cet aspect décrit sous le nom de *gale léonine*.

Une analyse du sang faite par M. Coesme, quelques jours après l'entrée du malade, donne les résultats suivants :

La densité prise par la méthode du flacon étant de 1,0540 à $+15^{\circ}$, on a trouvé pour un litre de sang :

Eau.....	784,10
Globules.....	142
Albumine.....	70
Fibrine.....	3,90
	<hr/>
	1,000,00

Mais le fait le plus remarquable et qui fixe aussitôt notre attention, c'est une voix étouffée, comme celle qu'on rencontre chez les malades syphilitiques dont le larynx est envahi. En explorant la cavité buccale nous trouvons également de nombreux tubercules à la voûte palatine et sur la base de la langue ; le voile du palais en offre également quelques-uns, et le doigt porté sur les replis aryéno-épiglottiques leur trouve un volume plus considérable en même temps qu'une surface inégale.

Une solution de tartrate ferrico-potassique est portée chaque matin, pendant dix jours, sur la paroi postérieure du pharynx et l'isthme du gosier ; mais, à part un affaïssement à peine appréciable de quelques-uns des tubercules développés sur ces points, aucune amélioration n'étant obtenue, on suspend l'usage de cette préparation. Le 28 octobre 1865, les tubercules du visage ayant été vainement

ouchés avec une solution de teinture d'iode, tous les deux jours, et leur volume s'étant accru de nouveau après quinze jours d'une marche lente vers une apparente résolution, quelques-uns de ceux qui siègent au-dessus des sourcils furent touchés au fer rouge, sans que le malade parût souffrir beaucoup.

L'eschare qui résulta de la cautérisation mit sept jours à tomber et aucun accident ne se manifesta, sauf un peu de fièvre le soir même du jour où la cautérisation fut pratiquée. Le 3 novembre quelques tubercules du nez furent traités de la même manière, et le résultat obtenu fut le même après la chute de l'eschare; la peau n'a pas encore été soulevée par de nouveaux tubercules.

Le 19 novembre, le malade étant pris de fièvre (pouls à 110) depuis deux jours déjà, et cette recrudescence fébrile paraissant indiquer l'imminence d'une nouvelle poussée tuberculeuse, comme cela a lieu d'ordinaire chez les lépreux aux changements de saison, une saignée de deux palettes fut pratiquée, et le sang, examiné aussitôt par les soins de M. Thibaut sous la direction de M. Lutz, a présenté une densité de 1,06 (l'eau étant prise pour unité), il contenait par 1,000 parties en poids :

Eau	780,50
Fibrine	3,40
Globules	139
Albumine	70

Voici maintenant trois autres analyses qui ont été faites dans le même service. Le sang a été recueilli sur un même lépreux, mais à trois époques différentes qui correspondaient à des poussées tuberculeuses. Comme il serait trop long d'entrer dans les détails de cette seconde observation, nous renvoyons à l'excellente thèse de M. le Dr Lamblin (Paris, 1871, Adrien Delahaye), où l'on trouvera l'histoire complète du malade.

OBSERVATION IX (de la thèse), p. 138 et 146. — Homme de 45 ans, négociant à Cuba, malade depuis 10 ans. Première analyse le 21 novembre 1860.

Fibrine desséchée.....	4,05
Matières solides, albumine, globules, sels, matières grasses.....	103,60
Eau.....	306,40

Deuxième analyse le 26 novembre 1860. — Densité du sang, 1,094.

Fibrine.....	6,10
Albumine.....	85,80
Globules.....	89,50
Eau.....	818,00
Matières grasses.....	0,60

Troisième analyse. — Densité 1,089.

Fibrine.....	6,05
Albumine.....	85,68
Globules.....	90,65
Eau.....	817,00
Matières grasses.....	0,70

Ces analyses ont été faites par MM. Coemes et Thibaut, pour la première observation, et par M. Lutz, l'habile pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, pour la seconde.

III.

TRIPLE PARALYSIE OCULAIRE D'ORIGINE SYPHILITIQUE. (Paralysie des 3^e et 6^e paires droites; paralysie de la 6^e paire gauche.)

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux,
professeur agrégé de la Faculté.

X... (Marie), âgée de 22 ans, se présente en juin 1873 à la consultation de l'hôpital de Lourcine. C'est une femme fortement constituée, bien que de tempérament lymphatique, ayant toujours joui d'une santé parfaite.

Elle est affectée aujourd'hui de plusieurs paralysies oculaires, sur la description desquelles nous allons insister et qui donnent à la physionomie l'aspect le plus étrange.

Interrogée sur ses antécédents, elle raconte qu'elle a contracté la syphilis il y a quatre ans. Elle est entrée à Lourcine à cette époque pour divers accidents syphilitiques, notamment pour « une roséole qui lui couvrait le corps, et des plaques muqueuses à la vulve. » Quelques mois plus tard elle a perdu les cheveux « à profusion ». Elle a été affectée de plus, à diverses reprises, de violents maux de gorge avec ulcérations buccales, lesquelles ont dû être cautérisées plusieurs fois. Enfin, il y a trois ans elle est accouchée avant terme d'un enfant mort. Elle n'a jamais fait de traitement spécifique, ni à Lourcine, ni au dehors de l'hôpital. Elle nous assure n'avoir jamais pris ni mercure, ni iodure de potassium. Les seuls remèdes qui lui ont été administrés ont consisté, nous dit-elle, en des « poudres toniques. »

Elle se croyait délivrée de sa maladie, qui, depuis deux à trois ans, n'avait plus produit d'accidents, lorsqu'il y a quatre mois elle fut prise de très-violents maux de tête. Ces maux de tête survenaient la nuit, et plus spécialement dans la seconde moitié de la nuit; ils devenaient intolérables vers quatre heures du matin et empêchaient tout sommeil. Ils durèrent de la sorte un mois environ avec une intensité considérable; plus tard ils diminuèrent. Aucun traitement ne leur fut opposé.

C'est à dater de cette époque que la malade s'aperçut d'un autre phénomène, lequel, léger d'abord, ne fit que s'accroître. Par instant elle voyait double. Cette diplopie devint bientôt habituelle. La malade, pour se rendre un compte exact du nombre et de la situation des objets, était forcée « de se fermer l'œil gauche avec la main et de regarder seulement avec l'œil droit. »

Peu de temps après, la paupière supérieure droite commença à s'abaisser. Ce symptôme s'aggrava bientôt, si bien que l'œil fut couvert à moitié, d'une façon permanente, par le prolapsus de la paupière.

Les désordres oculaires devenant chaque jour plus intenses, la malade se décida enfin à solliciter un avis médical. Elle alla consulter M. Desmarres, qui reconnut, dit-elle, une paralysie syphilitique et lui prescrivit un traitement composé de pilules mercurielles et d'une solution d'iodure de potassium. Elle suivit ce traitement quelques jours seulement, puis l'abandonna. Les maux de tête ayant cessé, elle croyait devoir bientôt guérir spontanément des troubles oculaires. Cet espoir ne se réalisa pas, et la malade prit enfin le parti de revenir à Lourcine.

Nous la voyons pour la première fois en juin 73. A cette époque elle se présente avec l'ensemble des troubles suivants :

I. Du côté droit, *paralysie évidente de la troisième paire.*

Cette paralysie s'accuse par ses caractères habituels et classiques, à savoir : 1° abaissement de la paupière supérieure ; cet abaissement n'est que partiel ; l'œil n'est pas absolument couvert, il ne l'est qu'aux deux tiers environ ; impossibilité de relever la paupière par un effort de volonté. Lorsque la malade veut regarder avec l'œil droit, elle est forcée de soulever la paupière avec le doigt. Nous soulevons nous-même cette paupière, et nous ne constatons aucune résistance, aucun spasme ; dès que nous l'abandonnons, elle retombe aussitôt dans sa situation première ; — 2° œil fixe ; cornée et pupille sur la ligne médiane ; le globe oculaire a presque complètement perdu la faculté de se mouvoir en haut, en bas et en dedans ; — 3° dilatation considérable de la pupille. — Du reste, vision intacte et normale. Aucune injection de l'œil ; aucun trouble dans les milieux transparents.

II. Du même côté, c'est-à-dire à droite, *paralysie de la sixième paire*. Les mouvements du globe oculaire en dehors sont absolument abolis.

III. A gauche, les phénomènes sont différents. Il n'existe de ce côté ni ptosis, ni dilatation pupillaire. La faculté visuelle est conservée. L'œil exécute parfaitement ses mouvements normaux en dedans, en haut et en bas ; mais léger strabisme convergent. De plus, mouvements en dehors complètement abolis. Donc, de ce côté, *paralysie de la sixième paire*.

La santé générale est bonne. — La peau ne présente aucune tache. — Nulle lésion à la vulve, non plus qu'aux autres muqueuses. — Pas d'engorgements ganglionnaires. — La céphalée n'existe plus ; seulement la malade est quelquefois sujette à des éblouissements, à des tournoiements de tête et à de légères migraines, ce qu'elle attribue à la fatigue que lui causent les troubles oculaires. — Quelques douleurs

non localisables dans le bras droit et l'épaule du même côté.

Traitement prescrit : frictions quotidiennes avec 4 grammes d'onguent mercuriel double ; — gargarismes de chlorate de potasse (en vue de prévenir ou de modérer l'action ptyalique du mercure) ; — 3 cuillerées de sirop d'iodure de potassium (30 grammes d'iodure pour 500 grammes de sirop) ; — bains sulfureux.

17 juin. — Le traitement a été rigoureusement suivi. Amélioration légère, surtout pour la paralysie de la troisième paire droite. Même traitement avec cette seule modification : la dose quotidienne d'onguent servant aux frictions sera progressivement élevée à 8 et 12 grammes.

24 juin. — Amélioration considérable. A gauche, d'abord, l'œil peut être amené en dehors presque jusqu'à la commissure externe. — A droite, les mouvements latéraux du globe oculaire s'exécutent presque normalement d'une commissure à l'autre ; le mouvement en bas est rétabli au même degré ; le mouvement en haut, bien que plus étendu que ces derniers jours, reste seul incomplet. — Pupille encore dilatée. — Le ptosis est bien moindre, et le globe oculaire se découvre à moitié, pour le moins. — Néanmoins diplopie persistante. — Même traitement. La dose du sirop est élevée à 4, 5 et 6 cuillerées progressivement.

1^{er} juillet. — Amélioration soutenue, mais peu sensible depuis la dernière consultation. La malade a cessé les frictions, ayant entendu dire que « le mercure pourrait être préjudiciable aux dents. » La bouche cependant n'a jamais été affectée par le traitement. Les gencives sont absolument saines ; nul accident de stomatite. — Même traitement.

8 juillet. — A gauche, l'œil exécute son mouvement en dehors d'une façon absolument complète. — A droite, paupière relevée aux trois quarts. L'œil se meut beaucoup

miéux dans tous les sens. La pupille continue à rester dilatée.

État général des plus satisfaisants. Il est notoire que la malade a beaucoup *engraissé* depuis le début du traitement. Elle s'en est aperçue la première, et toutes les personnes qui la connaissent, dit-elle, l'ont également remarqué. — Appétit considérable (vraisemblablement excité par l'iode). — Nul accident de stomatite.

Traitement : 6 cuillerées de sirop ; frictions avec 16 grammes d'onguent mercuriel ; gargarismes au chlorate ; bains sulfureux.

15 juillet. — Le traitement a été suivi très-régulièrement. Aujourd'hui la paupière droite est absolument relevée. Les globes oculaires jouissent de tous leurs mouvements, et la malade se considère comme *guérie*. Néanmoins, la pupille reste légèrement dilatée à droite. Et, de plus, la diplopie existe encore d'une façon éphémère dans certains mouvements de l'œil.

A dater de cette époque, la malade cesse de se présenter à nos consultations. Nous ne la revoyons plus que le 21 janvier 1874, époque à laquelle elle est ramenée vers nous par un accident nouveau. Cet accident consiste en une *gomme* ulcérée siégeant à la jambe droite. Il s'est produit il y a quatre mois environ et n'a été soumis à aucun traitement. Aujourd'hui le bourbillon gommeux est évacué et nous ne constatons plus qu'une ulcération creuse de l'étendue d'une pièce d'un franc, à bords nettement coupés à pic, à fond jaunâtre présentant encore quelques vestiges de l'eschare charnue de la gomme, à auréole d'un brun foncé. Quant aux troubles oculaires, il n'en reste plus trace, dit la malade. Les fonctions visuelles sont complètement rétablies. Un examen minutieux nous montre, en effet, que tous les muscles anciennement paralysés exé-

cutent actuellement leurs mouvements physiologiques. La pupille n'est plus dilatée. La diplopie n'existe plus.

La réapparition d'un accident syphilitique à la suite d'un traitement énergique suivi pendant quelques semaines ne nous étonne pas. Très-fréquemment la syphilis procède de la sorte. Elle n'est que momentanément enrayée dans sa marche par l'intervention des spécifiques, puis reproduit à courte échéance des manifestations nouvelles. Ce n'est, comme je l'ai dit ailleurs, qu'au prix de traitements répétés et multipliés qu'on parvient à étouffer la diathèse, à s'en rendre maître dans le présent et l'avenir. « Longue, très-longue doit être la médication antisiphilitique, si l'on ne se contente pas de lui demander un effet actuel, si l'on veut en obtenir une action d'ensemble sur la diathèse. A maladie chronique il faut traitement chronique, c'est la loi. Le tempérament syphilitique ne se modifie, ne se corrige, ne s'efface qu'au prix d'une médication longue, d'une dépuration longtemps entretenue et répétée, d'un véritable traitement *chronique*, en un mot. » Dans le cas actuel, donc, la production d'une gomme, à la suite des lésions oculaires dont nous venons de parler, n'a rien que de très-habituel, de très-vulgaire. Elle témoigne simplement d'une intensité actuelle de la diathèse qu'il importera de contenir par un traitement énergique et prolongé.

Là, du reste, n'est pas l'intérêt du fait qu'on vient de lire. Cet intérêt réside dans la *multiplicité des troubles paralytiques* présentés par notre malade. Trois nerfs se trouvaient affectés sur elle (sixième paire gauche, troisième et sixième paires droites), et ces trois nerfs étaient affectés de par la syphilis, ainsi que le démontrèrent évidemment l'évolution de la maladie et le succès du traitement spécifique. Or, cette *association de paralysies multiples* est digne d'être remarquée. Elle s'observe plus fréquemment dans la syphilis que dans toute autre maladie, et j'ai eu

l'occasion de la constater déjà en nombre de cas. Elle a donc, au point de vue diagnostique, une signification particulière. C'est là un fait important dont témoigne l'observation qui précède et que je me borne à mentionner pour l'instant, me proposant de lui consacrer, dans une publication prochaine, les développements qu'il me paraît mériter.

IV.

SUR LE CHANCRE NON INFECTANT CÉPHALIQUE. —

NOUVEAUX FAITS (Lettre du professeur JOSEPH PROFETA de Palerme au docteur Daniel Mollière) (1).

Cher et honoré collègue,

Pour vous prouver combien j'apprécie en votre amitié celle d'un homme honnête et sincèrement ami de la science, je prends aujourd'hui la plume pour converser scientifiquement avec vous pendant quelques instants. Je désire vous faire part de quelques faits cliniques observés pendant les six années que je viens de passer à la tête de la Clinique vénérienne et cutanée de l'Université royale de Palerme. Il s'agit de chancres non infectants céphaliques que j'ai eu la chance de rencontrer et dont j'ai recueilli l'histoire. Je vais vous la raconter avec d'autant plus de satisfaction que notre illustre concitoyen Diday a appelé dernièrement l'attention des médecins sur cette espèce de chancre, en en publiant un cas dans les *Annales* que dirige avec tant d'habileté et de science M. le Dr Doyon.

Vous savez sans doute que certains syphiligraphes (Ricord, Cullerier, Langlebert, Galligo) prétendent n'avoir jamais observé dans la région céphalique le chancre non infectant, ou chancre simple, ou chancre mou, ou chancres si vous aimez mieux. Melchior Robert et d'autres admettent bien qu'on peut le produire artificiellement en l'inoculant à la lancette, mais ils nient absolument la possibilité de sa production par un processus clinique. Et il y

(1) Traduit de l'italien.

a des partisans de ce malheureux système de l'unitéisme qui s'appuient sur la prétendue non-existence de la chancrelle céphalique pour soutenir qu'il n'y a qu'un virus vénérien dont les propriétés infectantes varient suivant la région où il est inoculé. A la tête il serait toujours infectant.

A ces affirmations gratuites, il est facile d'opposer et les faits d'inoculation expérimentale que nous devons à Bassereau, Diday, H. Bennet, Rollet, M. Robert, Puche et Buzenet, et les observations cliniques qui ont été données par Diday, Devergie, Clerc, Puche, Fournier, Thiry, Lovesina et par moi-même. J'ai publié sur ce sujet un opuscule en français, à Florence, en 1867.

Ces observations expérimentales et cliniques démontrent péremptoirement que le pus du chancre mou s'inocule à la tête comme sur les autres parties du corps, conservant toujours ses propriétés caractéristiques. A l'appui de cette assertion, voici deux nouveaux faits cliniques, et je me fais un devoir de vous les communiquer tels qu'ils ont été recueillis en présence de mes élèves, sans y rien ajouter. Je ferai précéder ces deux faits de celui que j'ai déjà publié et que vous ne connaissez probablement pas. Je copie textuellement ma brochure.

OBSERVATION I. — Le malade qui est le sujet de cette observation est un musicien italien, le nommé Luigi S..., que j'ai rencontré à Londres en 1866, et observé avec un de mes collègues.

Lorsque j'ai vu le malade, son chancre datait de deux années. De la commissure droite des lèvres où il avait pris naissance, il s'était étendu peu à peu à toute la joue du même côté et à presque tout le front, se cicatrisant d'un côté pour s'élargir sur un autre, suivant toujours une marche essentiellement chronique et progressivement envahissante. Il était très-vaste et divisé par une cicatrice en deux

moitiés égales, l'une au front, l'autre à la partie supérieure de la joue, s'étendant en arrière au pavillon de l'oreille, en avant jusqu'à l'aile du nez. Chacune de ces deux moitiés avait une forme irrégulière, base engorgée, mais non dure, fond parsemé de crêtes et d'enfoncements, et presque caché sous une couche de matières jaunâtres mêlées de détritiques organiques, bords d'une couleur livide, décollés, disséquant le tissu cellulaire sous-cutané de manière à former des trajets fistuleux. En un mot, le chancre dont je viens de parler était en proie au phagédénisme serpigneux, et dans quelques points commençait à devenir perforant. Le pauvre malade ne pouvait donc pas gagner sa vie, obligé de rester presque toujours au lit, tourmenté par le spectre de la syphilis constitutionnelle, sans cesse présent à sa pensée.

J'ai soupçonné que c'était à un chancre non infectant que j'avais affaire, et quand on m'a dit que le malade quelques mois auparavant avait eu une plaie à l'extrémité du doigt indicateur de la main gauche, avec lequel il avait l'habitude de toucher le chancre de la figure, mes soupçons se sont fortifiés. Une observation minutieuse du malade n'ébranla pas ma conviction, car il ne présentait aucune trace de syphilis constitutionnelle et ses glandes lymphatiques (ce poulx de la syphilis selon l'expression de Ricord) étaient parfaitement normales. Seulement, depuis quelque temps, il avait des vésicules et des papules, sur le tronc et les membres, très-prurigineuses et recouvertes de petites croûtes brunâtres. Ces éruptions ne changèrent pas non plus ma manière de voir. Je ne pouvais rattacher des papules et des vésicules, qui sont des éruptions syphilitiques précoces, à une prétendue syphilis de deux années qui aurait dû se montrer extérieurement par des symptômes tertiaires, savoir : tubercules à la peau, tumeurs gommeuses, sarco-cèle, douleurs ostéosclérotiques, périostoses, exostoses, etc.... Mon attention s'est aussi portée sur les démangeaisons ;

tout le monde sait en effet que s'il y a des syphylides prurigineuses, on n'observe jamais dans ce cas un prurit assez intense, assez intolérable pour que les malades soient obligés de se gratter avec fureur jusqu'à se déchirer la peau. L'éruption était évidemment causée par l'acarus scabiei, et en effet je n'eus aucune peine à trouver les sillons dans les intervalles des doigts et au pénis, et, en déchirant l'épiderme à un millimètre d'une éminence acarienne au moyen d'une épingle, j'ai saisi un acarus dont on voyait les mouvements à l'œil nu.

En dépit de ces signes, un médecin croyant avoir à soigner un cas de syphilis constitutionnelle traitait le chancre depuis six ou sept mois avec de la pommade mercurielle et donnait tout les jours au pauvre malade des pilules au calomel. Cette pratique, en flagrante contradiction avec les principes les plus élémentaires de la pathologie, a été précisément la cause des progrès de l'ulcération, sur un malade prédisposé déjà au phagédénisme à cause de son tempérament sanguin, sa constitution athlétique et la mauvaise habitude qu'il avait depuis longtemps de se livrer à l'abus des liqueurs alcooliques. Bien convaincu de mon diagnostic, j'ai taché de me rendre compte de la source de la maladie et j'ai été heureux dans mon investigation en raison de la franchise incroyable du malade qui avoua tout simplement son mauvais train de vie. De concert avec mon confrère, j'ai défendu au malade la pommade et les pilules mercurielles, et à l'aide de pansements avec le vin aromatique et une solution de tartrate ferrico-potassique, la cicatrisation fit de rapides progrès, et je l'ai quitté tout prêt à partir pour Liverpool, son chancre touchant presque à la cicatrisation complète.

Sûr de mon diagnostic, j'acceptai que l'on fit *sur moi* l'inoculation du pus de cet ulcère céphalique. Il en résulta un chancre mou, dont le pus inoculé de nouveau produisit

un second chancre mou. Ces chancres ont été vus par Colomiotti Meredyth à Londres, Thiry à Bruxelles, Küss à Strasbourg, et par mon excellent maître Pellizzari à Florence.

OBSERVATION II. — Le 13 mars 1871, il se présenta à ma clinique un certain Carlo M..., barbier, âgé de 28 ans et d'une bonne constitution; il venait me consulter au sujet de trois ulcères qui le contristaient beaucoup. L'un d'eux, qui avait la grandeur et la forme de la moitié d'une pièce de cinq centimes, siégeait sur la face externe de l'index de la main gauche. Il était extrêmement douloureux, sécrétait un pus sanguinolent; les bords étaient décollés, le fond grisâtre; il était entouré d'une zone rougeâtre. Il y avait engorgement inflammatoire d'une glande lymphatique axillaire. Les deux autres ulcères présentaient les mêmes caractères, moins l'engorgement lymphatique. Ils étaient situés sur la partie moyenne des deux lèvres, avaient la forme et le diamètre d'une pièce de deux centimes. Ils s'étendaient en avant sur la peau, en arrière sur la muqueuse de la lèvre. Ces ulcérations avaient une origine assez étrange. C'est que dans notre pays les barbiers et les accoucheuses prennent souvent la liberté de faire de la médecine et de la chirurgie. Le 15 janvier de la même année, notre homme s'était mis en devoir d'ouvrir largement avec un rasoir un bubon inguinal suppuré symptomatique de chancres mous multiples, et ce faisant s'était blessé l'index gauche; son doigt fut aussitôt tout souillé de sang et de pus. Il le porta instinctivement à sa bouche pour sucer son sang, mettant ainsi le pus du bubon en contact avec sa lèvre supérieure, sur le milieu de laquelle se trouvait une gerçure longitudinale. Blessure et gerçure, au lieu de se cicatriser, devinrent au bout de 24 heures ulcéreuses, et au bout de 5 ou 6 jours les chancres étaient formés. Vers le milieu de février, la partie de la lèvre inférieure qui se trouvait en contact perpétuel avec l'ulcération de la lèvre supérieure devint le

siège d'un chancre qui ne tarda pas à prendre tous les caractères de celui qui lui avait donné naissance.

Si *il superbo barbiere* s'était laissé persuader par un ami de suivre mes conseils, j'aurais facilement obtenu sa guérison, mais il n'en fit aucun cas. Pendant une année environ je l'ai rencontré de temps à autre, la figure toute parsemée de nouveaux chancres, tantôt exposée à l'air, tantôt couverte de pansements; enfin j'ai fini par le perdre de vue.

OBSERVATION III. — Giuseppe B..., âgé de 33 ans, né à Belmonte, d'une constitution robuste, mais détériorée par le travail et les privations, fut admis à ma clinique le 16 mai 1873. Il présentait une destruction presque complète de toute la peau de la verge, dont il ne restait qu'un petit lambeau en arrière du frein. Toutes ces parties étaient rongées par un ulcère qui, de la région dorsale de la verge, avait envahi le pubis, creusant dans les tissus de profondes ulcérations. La lésion, qui présentait une forme rectangulaire, remontait à 7 centimètres sur une largeur de 3 1/2.

Cette vaste ulcération avait des bords livides et décollés, son fond brunâtre était couvert de lambeaux de tissu cellulaire mortifié et présentait des aspérités et des enfoncements (au centre il y avait une excavation conique de deux centimètres de profondeur). Un pus fétide et sanguinolent était sécrété en abondance. La base était assez engorgée, la surface douloureuse; une auréole rouge livide entourait la lésion. En un mot, c'était un ulcère non infectant phagédénique. Sur la partie antérieure et médiane du scrotum, au-dessus d'une surface cicatricielle, se trouvait une chancrelle typique de la grandeur d'une pièce de 2 centimes et qui n'était pas phagédénique. L'aile droite du nez était entièrement recouverte par un ulcère non infectant, à bords taillés à pic, et l'auréole livide qui l'entourait montrait assez sa tendance dévastatrice.

Dix mois auparavant ce malade avait contracté un chan-

cre sur le scrotum, qui, en raison de la malpropreté de cet homme, s'inocula au bout de deux mois à la verge. Le premier chancre se guérit au bout de quelques mois ; mais il restait le chancre de la verge qui gagnait toujours en profondeur et en étendue, et qui cinq mois après son apparition et trois mois avant mon observation s'inocula au scrotum et au nez. On s'explique facilement cette inoculation ; car ce malade, qui n'avait aucun soin de propreté, se grattait souvent le nez, où il avait une éruption prurigineuse, avec ses mains qui venaient de se souiller dans son ulcère génital. Et il avait également aidé aux progrès du mal par l'emploi de pommade mercurielle.

Nous employâmes successivement divers remèdes pour déterger ces ulcères (solution de permanganate de potasse, de tartrate ferrico-potassique, de nitrate d'argent, de chlorate de potasse, etc.) mais je n'obtins aucun résultat. Il n'y eut amélioration que par l'usage de la solution suivante : pepsine 15 grammes, acide lactique 3, eau 300. Cette solution me réussit comme dans tous les ulcères phagédéniques, et j'arrivai à guérir complètement les chancres génitaux. Je donnai en même temps un traitement général reconstituant.

Le chancre nasal s'environna bientôt d'une quantité d'autres petits chancres qui, se réunissant entre eux, formèrent en peu de temps un vaste chancre phagédénique détruisant rapidement les tissus et en profondeur et en surface.

Voilà où en étaient les choses, quand le 30 juin on ferma la Clinique de l'Université. Le malade resta en traitement dans les salles de l'hôpital san Francesco Saverio, et le 9 juillet il le quitta et je n'en ai plus entendu parler depuis.

Telle est l'histoire pure et simple de ces trois faits de chancrelle céphalique, que l'on peut ajouter à ceux que

possède déjà la science. Faites-en l'usage que vous jugerez convenable, et veuillez agréer, etc.

GIUSEPPE PROFETA,

professeur de clinique vénérienne et cutanée
à l'Université royale de Palerme.

Nous félicitons hautement notre très-distingué collaborateur le professeur Profeta de son instructive communication. Un homme qui observe ainsi, qui discerne les faits avec cette perspicacité, les interprète avec un tel sens, les complète avec un tel courage, est bien digne de figurer au premier rang dans la phalange d'élite dont s'honore la syphiligraphie contemporaine; et c'est aussi pour nous une nouvelle source de satisfaction de voir qu'un esprit de cette portée figure dans les rangs du dualisme.

La question du chancre, ou plutôt de la chancrelle céphalique est, grâce à ces intéressantes observations, désormais jugée définitivement. Les faits cliniques et les faits expérimentaux confirment la solution déjà acquise, que le pus chancrelleux peut *prendre* à la face comme aux autres régions.

Mais y *prend-il* aussi aisément?... Sur ce point, que M. Profeta n'a pas touché, nous ferons une réserve. Si l'on songe au nombre relativement peu considérable des cas de chancrelle céphalique; si l'on se rappelle d'autre part que, dans la plupart de ces cas, une inoculation (c'est-à-dire le dépôt du pus contagieux sous l'épiderme) a été nécessaire pour que l'ulcère se produisît, on sera assez disposé à conclure qu'il faut quelque chose de plus à la face qu'ailleurs, qu'aux organes génitaux par exemple, pour que la chancrelle puisse y naître. Les observations de M. Profeta viennent, à un autre point de vue, confirmer cette

manière de voir. Chez ses trois malades, en effet, la chancrelle faciale était phagédénique. Excéderait-on les limites d'une induction légitime en concluant de cette circonstance que, chez ces trois malades, il existait une prédisposition exceptionnelle au processus ulcératif, et que c'est seulement grâce à cette prédisposition que le contagium chancrelleux a pu chez eux germer à la face ?

P. DIDAY.

V.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Service de M. le docteur MILLARD

Nous avons cru devoir publier, en les rapprochant, deux cas d'atrophie des muscles interosseux de la main déterminée par une compression (tout au moins probable) du nerf cubital à des hauteurs différentes de son trajet, chez deux syphilitiques dont l'un avait une exostose considérable de la colonne cervicale et l'autre avait eu précédemment deux gommes au bras droit.

D'ailleurs chacune de ces observations nous paraît offrir un intérêt propre à d'autres points de vue. La première notamment nous montre une fois de plus ce que peut faire le traitement spécifique appliqué à temps et convenablement.

Observation recueillie par M. A. BARÉTY, interne du service.

OBSERVATION I. — *Syphilis* datant de 3 ans? — Exostoses de la colonne vertébrale, dans la région cervicale. Paralyse presque complète des membres supérieurs. Paralyse incomplète des membres inférieurs. *Atrophie des muscles interosseux des mains*. — Traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Retour des mouvements complets dans les membres inférieurs au bout de

1 mois environ et presque complet dans les membres inférieurs après 4 mois et demi de traitement. Disparition presque entière de l'atrophie musculaire.

La nommée R... (Anne), âgée de 47 ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, le 9 mai 1873.

Elle est atteinte de paralysie des quatre membres. Cette affection remonte au mois d'avril dernier.

Antécédents. — Elle dit n'avoir fait auparavant aucune maladie sérieuse.

Réglée à 13 ans, elle l'a été bien dans la suite et ne l'est plus depuis le 10 mars dernier. Elle a fait deux fausses couches en 1864, et en 1866 elle accoucha à terme avec l'aide du forceps. Elle a deux enfants qui sont scrofuleux.

Jamais, dit-elle, elle n'a eu de mal aux parties génitales, mais elle est portée à croire que son mari a été atteint de la syphilis. D'après les renseignements qu'a bien voulu nous communiquer M. le docteur Martellière, qui a soigné la malade avant son entrée, le mari était atteint d'une amaurose complète, d'origine cérébrale.

Il y a trois ans, la malade eut une éruption aux jambes. Cette éruption (non caractérisée) a laissé des cicatrices foncées, arrondies, superficielles. Jamais elle n'a éprouvé de douleurs le long des tibias.

En décembre 1872, elle fut atteinte d'une angine interne qui dura deux mois et disparut après l'usage de gargarismes dont nous ignorons la composition.

L'état général est satisfaisant.

L'appétit est conservé.

On ne constate rien du côté des viscères thoraciques et abdominaux.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital s'est développée de la manière suivante :

Depuis trois ans, c'est-à-dire depuis l'apparition de l'éruption mentionnée, elle a remarqué que l'épaule gauche remontait. Mais cette déformation s'est accomplie jusque dans ces derniers mois sans douleurs et sans troubles dans les mouvements.

Au mois de décembre 1872, elle éprouva des douleurs très-intenses à la nuque, aux épaules, puis au front. C'étaient des crises très-douloureuses qui revenaient de 10 en 10 minutes et se faisaient sentir surtout la nuit.

Ces douleurs augmentèrent tous les jours d'intensité; puis survinrent bientôt de nouveaux phénomènes. Elle éprouva des fourmillements dans les doigts des mains, et s'aperçut qu'elle ne pouvait plus tenir l'aiguille aussi bien que par le passé. Cela dura pendant une semaine environ, la malade continuant à souffrir à la nuque, aux épaules et jusqu'au front.

Enfin, le 13 avril (jour de Pâques), elle s'aperçut, en voulant manger, qu'elle ne pouvait plus relever ses bras.

Elle consulta alors le docteur Martellière, qui, en présence de ces douleurs nocturnes persistantes et d'une exostose constatée au cou, crut devoir instituer le traitement suivant :

Sirop	500 ^{gr}
Brod. hyd. . . .	0,45 ^c
Iod. pot.	20 ^{gr}

à prendre à la dose de deux et même trois cuillerées à soupe par jour.

Il prescrivit en même temps des pilules de Méglin, trois par jour.

En moins d'une semaine, il y eut une amélioration très-

notable. Mais cette amélioration, d'après la malade, ne porta que sur les douleurs, qui disparurent d'ailleurs vers la fin du mois. Du reste, le docteur Martellière nous apprend que la malade avait refusé, au bout d'une semaine, de continuer l'usage du sirop prescrit, sous prétexte qu'on l'employait dans les mauvaises maladies.

Le docteur Martellière ordonna alors de l'iodure de potassium en solution pour changer l'aspect du remède, mais ce traitement ne fut pas suivi sérieusement jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Bientôt les mêmes phénomènes qui s'étaient montrés du côté des membres supérieurs survinrent dans les membres inférieurs. Elle éprouva pendant une semaine des fourmillements dans le bout des orteils et à la plante même des pieds, puis elle s'aperçut qu'elle se tenait moins bien sur ses jambes. Cet état de faiblesse augmenta. Au début, elle pouvait marcher assez bien quand on la soutenait, mais elle ne tarda pas à éprouver les plus grandes difficultés à remuer ses jambes, même étant soutenue.

Etat actuel. — L'existence d'une paralysie des membres supérieurs suivie d'une faiblesse considérable dans les membres inférieurs appelait immédiatement l'attention du côté de la colonne cervicale (celle-ci, ainsi qu'il a été dit, avait été le siège quelque temps auparavant de très-vives douleurs).

Quand on maintient la malade sur son séant, ce qu'elle ne peut faire toute seule, les bras pendants et la face dirigée directement en avant, il est facile de voir que le creux sus-claviculaire gauche est plein, tandis que celui du côté droit est relativement creux. De plus, l'épaule gauche est plus élevée et plus saillante en arrière que la droite (cette déformation remonte à 3 ans, ainsi qu'il est dit plus haut, et elle se serait faite graduellement). Les mouvements provoqués de l'omoplate gauche sont libres, et il est facile de

s'assurer ainsi que la saillie de l'épaule en haut, et spécialement en arrière, n'est pas formée à ses dépens. Les mouvements du cou se font assez facilement dans tous les sens, mais plus aisément peut-être dans le sens de la rotation que dans ceux de l'extension et de la flexion.

En explorant ensuite avec les doigts les triangles sus-claviculaires, on trouve dans celui du côté gauche et tenant au rachis une masse dure, assez volumineuse, peu douloureuse; cette masse ne laisse entre elle et le bord postérieur de la clavicule qu'un petit espace. En un mot, tout le creux sus-claviculaire gauche est comblé par une masse dure dépendante du rachis. Dans le triangle sus-claviculaire droit, on sent par la palpation une saillie anormale et constante, mais beaucoup plus petite, faisant partie du rachis.

En explorant la nuque et les fosses sus-épineuses, on voit que l'épaule gauche est manifestement plus élevée et plus arrondie que la droite. Ainsi il est manifeste que la fosse sus-épineuse gauche est arrondie, saillante dans son ensemble, et cette saillie arrondie se continue graduellement avec celle qui comble le creux sus-claviculaire, surtout vers le côté correspondant du rachis. De plus la colonne vertébrale, entre les deux fosses sus-épineuses, présente peut-être une augmentation dans ses dimensions.

Quand on dit à la malade de soulever ses bras, elle ne peut exécuter ce mouvement; si on lui dit de remuer les doigts, elle arrive à fléchir les deux dernières phalanges avec difficulté, et cette difficulté est plus prononcée à gauche qu'à droite.

Si on lui dit de serrer la main, elle le fait très-incomplètement avec les deux dernières phalanges des doigts, toujours plus difficilement du côté gauche que du côté droit.

La sensibilité au toucher, à la température et à la douleur est simplement diminuée le long des membres supérieurs.

Si on lui dit d'étendre la main et les doigts, elle ne peut exécuter ces mouvements ; elle ne peut étendre ni les premières ni les dernières phalanges.

On ne remarque pas d'atrophie des muscles des mains ou d'autres régions.

Il y a donc ici, outre la conservation du volume des muscles, conservation d'une partie de la contractilité volontaire des fléchisseurs des dernières phalanges, ou fléchisseurs profonds, mais il y a paralysie complète des muscles interosseux et extenseurs du poignet et des doigts, outre la paralysie des muscles de l'épaule.

Ajoutons que les muscles extenseurs du poignet et des doigts, ainsi que les interosseux, se contractent sous l'influence du courant galvanique.

Enfin, quand, saisissant l'avant-bras et le portant dans la flexion, *on veut l'étendre*, si on exécute ce mouvement un peu brusquement, aussitôt le biceps se contracte, mais si on fait l'extension graduellement, le biceps n'oppose plus aucune résistance perceptible.

Aux membres inférieurs, la sensibilité est moins atteinte qu'aux membres supérieurs.

La malade remue très-difficilement les jambes ; quand elle est debout et qu'on la soutient au lit, elle paraît remuer ses membres inférieurs avec un peu plus d'aisance ; la faiblesse musculaire paraît siéger beaucoup plus dans les muscles des hanches que dans ceux des jambes proprement dites.

La défécation et la miction urinaire se font avec un peu de gêne, mais assez régulièrement.

En présence de ces accidents, et vu les antécédents syphilitiques, sinon avoués et encore reconnaissables, au moins fort probables, vu aussi les résultats obtenus précédemment par un premier traitement antisiphilitique, on s'est cru autorisé à formuler le diagnostic suivant :

Syphilis ancienne ayant déterminé la formation d'exostoses cervicales, à la suite et par le fait desquelles il s'est développé une paralysie descendante des quatre membres.

On prescrivit de la tisane de salsepareille, de l'iodure de potassium 1^{re},50^e, des frictions avec de l'onguent napolitain et le régime alimentaire des hôpitaux.

Nous ne suivrons pas jour par jour les modifications heureuses survenues dans l'état de la malade ; nous croyons devoir nous borner à indiquer à grands traits et aussi exactement que possible les modifications qui se sont opérées du côté de la sensibilité et de la motilité, et les changements qui furent apportés dans l'administration des médicaments. Nous dirons enfin dans quel état se trouvait la malade au moment de son départ, et l'état du cou et des épaules, ainsi que la fibre musculaire.

Mode d'administration des médicaments et marche de l'affection.—Les frictions mercurielles n'ont été employées que peu de jours (jusqu'au 26 mai), mais l'administration de l'iodure de potassium a eu lieu durant tout le temps (ou à peu près) que la malade a séjourné dans l'hôpital à partir du 12 mai.

On a commencé par donner 1^{re},50^e d'iodure de potassium, et cette dose a été portée graduellement, de 0,50^e en 0,50^e d'augmentation, à la dose de 6 grammes jusqu'au 10 avril, époque à laquelle elle prenait la dose de 6 gr. d'iodure depuis 12 jours environ. Le 10 août, la malade paraissait avoir atteint un degré d'amélioration très-satisfaisant et stationnaire d'ailleurs depuis plusieurs jours. Ainsi, depuis le commencement de juin, elle pouvait se lever toute seule et marcher avec aisance. La sensibilité était revenue dans les membres supérieurs, et avec elle et à sa suite la motilité presque complète. L'atrophie des interosseux des mains, qui s'était montrée dès le 1^{er} juin, avait, de son côté, presque entièrement disparu.

On décida alors de suspendre l'usage de l'iodure de potassium, et l'on se borna à prescrire des toniques et des ferrugineux. Mais, 12 jours environ après, les douleurs se firent de nouveau sentir aux épaules, puis aux mains, et l'on dut recourir de nouveau à l'usage de l'iodure de potassium. On débuta par 0^{sr},50^c le 23 août; mais l'amélioration qui, au début du traitement à l'hôpital, s'était montrée deux jours après la première dose, qui était de 1^{sr}50, ne s'est montrée cette fois que *sept à huit jours après*, alors que la malade était arrivée à prendre 9^{sr}50^c d'iodure. Pendant ce temps, les douleurs avaient augmenté; la malade éprouvait aussi des fourmillements dans les mains et dans les pieds, elle remuait moins bien les bras et ne pouvait monter sur son lit qu'avec grand'peine. A partir du 1^{er} septembre, époque à laquelle l'amélioration se montra de nouveau, on augmenta graduellement la dose d'iodure jusqu'à 9^{sr}50^c; elle fut soumise à cette dernière dose depuis le 18 novembre jusqu'au 6 décembre. Pendant tout ce temps, l'amélioration fit des progrès. Les douleurs et les fourmillements disparurent, elle recouvra l'usage complet ou presque complet de ses jambes et de ses bras. Après la suppression de l'iodure (le 6 décembre) elle resta dans cet état, fort satisfaisant et fort heureux si l'on songe aux souffrances et à l'état de paralysie du début. Enfin, le 30 décembre, environ une semaine avant sa sortie de l'hôpital pour entrer aux Incurables, nous l'avons laissé dans l'état suivant :

L'épaule gauche est toujours plus élevée que la droite, plus arrondie et plus saillante en arrière, ce dont on s'assure en examinant la région dans les divers sens. Cette saillie arrondie, qui élève l'épaule et la porte un peu en arrière, correspond à la fosse sus-épineuse et au creux sus-claviculaire correspondant, qui est toujours rempli par l'exostose de la région cervicale latérale dans sa partie infé-

rière. A droite existe toujours contre la colonne cervicale, à sa partie inférieure et latérale, un peu d'augmentation de volume. L'omoplate du côté gauche peut se mouvoir sous l'influence de la contraction des muscles qui s'y insèrent.

L'atrophie des muscles interosseux des mains a presque entièrement disparu.

La malade marche très-aisément et peut se servir de ses bras et de ses mains avec facilité, seulement elle avoue n'avoir plus aux jambes toute la force primitive, et elle ne peut serrer un peu fortement un objet avec ses mains ni se servir d'elles pour des travaux délicats. C'est pourquoi, ne pouvant continuer à gagner sa vie (elle est couturière), elle a demandé et obtenu d'entrer aux Incurables. Elle n'a donc pas recouvré toute l'intégrité de ses mouvements, sa force musculaire est restée amoindrie, mais ce qu'elle en a récupéré montre quel résultat considérable on a obtenu après 4 mois et demi de traitement environ.

La sensibilité proprement dite est revenue, elle est même assez impressionnable au froid aux épaules et aux mains. Cette impressionnabilité existait aussi aux pieds, mais elle a disparu depuis un mois. En sera-t-il de même pour les épaules et les mains ? Ajoutons qu'elle éprouve encore parfois de légers fourmillements aux pieds et à la paume des mains. L'état général est d'ailleurs excellent. Nous avons appris depuis qu'aucun changement n'était survenu.

Remarques. — L'évolution de l'affection que nous avons essayé de retracer aussi exactement que possible mérite quelques remarques sommaires.

Chez cette malade les phénomènes morbides ont paru se succéder dans l'ordre suivant :

Syphilis il y a au moins 3 ans ; puis formation d'exostoses cervicales et peut-être aussi des premières côtes à gauche vers le rachis. Coïncidemment à la formation de ces exostoses, mais longtemps après leur début (3 ans après), com-

pression des nerfs rachidiens correspondants ; névralgie cervicale, scapulaire et cervico-brachiale, avec sensation de fourmillements dans les mains, diminution des trois ordres de sensibilité cutanée, puis diminution et perte presque complète de la motilité aux membres supérieurs. Plus tard (un peu plus d'un mois et demi après le début des accidents paralytiques), atrophie des muscles interosseux des mains.

Puis les membres inférieurs ont été atteints à leur tour. Cela a eu lieu 15 à 20 jours après le début des accidents du côté des membres supérieurs. — Il est inutile de rappeler ici tous les faits de compression de nerfs que la science possède et qui ont été suivis d'atrophie des muscles correspondants. On peut consulter à ce sujet avec fruit la thèse d'agrégation de mon savant maître M. le Dr A. Ollivier (*Des atrophies musculaires*, Paris, 1869).

On a dû remarquer que le traitement institué n'avait pu faire disparaître l'exostose, mais seulement ce travail morbide tenant à l'exostose en tant qu'il faisait partie de son évolution. Il est évident que si le tissu osseux de nouvelle formation s'était développé tout d'abord du côté même de la cavité rachidienne, les accidents n'eussent pas tardé à se manifester. Il est à croire qu'ici tout ce travail morbide a été pendant longtemps tout extérieur (3 ans) et que finalement les nerfs rachidiens cervicaux ont fini par être comprimés ou irrités et que les enveloppes de la moelle ou la moelle elle-même ont été lésées à leur tour sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit d'une lésion directe par irritation ou compression ou d'une dégénérescence remontant des nerfs comprimés à la moelle.

Quoi qu'il en soit, il est permis d'avancer que si le traitement spécifique n'avait pas été appliqué à temps, à des doses élevées et avec persévérance, la malade serait devenue une paralytique incurable, d'autant plus que les muscles in-

terrosseux commençaient à s'atrophier d'une façon très-notable.

A. BARÉTY.

(A suivre).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE L'AMPUTATION DU PÉNIS, par le Dr Louis JULLIEN, ancien interne des hôpitaux de Lyon, etc. (Paris, Adrien Delahaye, 1873.)

Lorsque l'on parcourt la thèse inaugurale de M. Louis Jullien, on est frappé de l'esprit éminemment pratique dont l'auteur a fait preuve dans le courant de ce travail, car le chapitre d'historique qui lui sert d'introduction ne laisse que bien peu à désirer au point de vue des recherches et de la critique. Malheureusement, il arrive d'ordinaire que ceux qui se consacrent à l'étude des faits se laissent complètement absorber par l'observation, tandis que les érudits la négligent ou la comprennent à peine. Bien rares sont ceux qui restent dans le juste milieu, et c'est là précisément le mérite de M. Jullien. Il sait juger ce qu'il lit comme ce qu'il voit, et l'un avec l'autre. « C'est là un chapitre de Malgaigne, » me disait l'autre jour un de nos collègues qui a connu jadis le spirituel professeur de Paris, qui l'a vu à l'œuvre et a lu son œuvre.

La section consacrée à l'historique mérite donc de fixer d'une façon toute particulière notre attention. L'auteur a su y accumuler nombre de citations à la fois instructives et pittoresques, grâce auxquelles il est arrivé à démontrer que l'amputation du pénis a, elle aussi, comme celle des autres membres, sa généalogie antique. Il paraît, en effet, probable que Galien l'a pratiquée. Ce point d'histoire a son importance, sans doute ; mais ce qui me paraît en avoir une plus grande encore, c'est que M. Jullien semble avoir prouvé, contrairement aux assertions des auteurs, que

Ruysh, loin d'avoir des droits à la priorité, a exercé sur la manière dont se pratique cette opération une influence des plus fâcheuses. Malheur à l'humanité souffrante quand une erreur s'abrite sous le couvert d'un grand nom ! Ruysh fit tomber la verge à l'aide d'une ligature permanente, alors que longtemps avant lui l'instrument tranchant avait donné des succès, et Ruysh, parce qu'il était Ruysh, eut de nombreux imitateurs. Et quoique le fer ardent fût sans cesse entre les mains des chirurgiens de cette époque, il était réservé à un autre siècle de démontrer définitivement sa supériorité dans l'amputation du membre viril. C'est à bien établir cette incontestable supériorité que M. Jullien consacre ses derniers chapitres.

Il serait difficile de le suivre dans cette longue discussion. A la fois clair et concis, son style ne se prête guère à l'analyse. Tous les procédés opératoires sont successivement passés en revue, discutés et condamnés. Nous recommandons au lecteur l'alinéa dans lequel est apprécié l'écrasement linéaire, cette fameuse méthode qui semblait devoir faire oublier toutes les autres pour toutes les opérations, et qui tend si manifestement à voir aujourd'hui restreindre son champ d'application. M. Jullien en a remarquablement fait ressortir les inconvénients et les dangers pour ce cas. N'a-t-il pas été tenté, pour cette démonstration, d'emprunter à Malgaigne autre chose que son érudition ?... Mais n'oublions pas qu'il s'agit d'une thèse inaugurale.

C'est au fer ardent qu'on doit donner la préférence. Mais si au point de vue des suites immédiates l'innocuité de cette méthode est tout à fait hors de doute, en est-il de même au point de vue des suites éloignées ? N'a-t-on pas à redouter les rétrécissements, indurations, déformations du canal ? comment s'exécutent les fonctions de miction, de copulation, que devient la fécondation, etc..... Pour répondre à ces importantes questions, nous n'avons rien jusqu'ici. Aussi

cette dernière partie du travail de M. Jullien est-elle du plus haut intérêt au point de vue pratique. En terminant, je signalerai à l'attention des lecteurs les observations réunies à la fin de ce travail, qui restera longtemps, croyons-nous, le chapitre le plus complet sur cette importante opération.

D^r EPHORIN.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'INFLUENCE CURATIVE DE L'ÉRYSIPÈLE
DANS LA SYPHILIS, par le D^r CH. MAURIAC, médecin de
l'hôpital du Midi. (Paris, Adrien Delahaye, 1873.)

Très-bonne monographie dont voici les conclusions :

1^o Dans les cas de syphilis où les accidents consécutifs cutanés et muqueux ne sont pas compliqués de malignité et de cachexie, un *érysipèle avec réaction fébrile* doit être considéré comme un événement favorable.

2^o Sous la double influence de la réaction générale fébrile et de la phlogose locale qui caractérisent cette maladie aiguë, les accidents syphilitiques cutanés et muqueux s'améliorent, se résolvent et se réparent avec une grande rapidité.

3^o Les médications spécifiques générales et les traitements locaux, isolés ou combinés, administrés et appliqués avec le plus d'opportunité, suivant les méthodes les plus rationnelles et les mieux appropriées à toutes les circonstances, seraient incapables de produire, en aussi peu de temps, des effets curatifs aussi remarquables que l'érysipèle.

4^o L'érysipèle en moins d'une semaine peut dissiper les œdèmes durs syphilitiques résultant d'une infiltration plastique diffuse du tissu cellulaire sous-tégumentaire, faire fondre des plaques syphilitiques confluentes et végétantes,

cutanées ou muqueuses, et cicatriser les ulcères de même nature, impétigo, ecthyma, etc., etc.

5° Cette influence curative de l'érysipèle s'exerce simultanément sur toutes ces lésions, quelle que soit leur distance du foyer où s'accomplit le processus local de la maladie fébrile.

6° Bien que le résultat soit le même en apparence au bout d'un certain temps, il est permis de croire que, si on pouvait suivre jour par jour la régression des accidents morbides, on verrait disparaître d'abord ceux qui se trouvent au milieu du foyer érysipélateux, puis ceux qui, placés à une petite distance, peuvent encore ressentir l'action du processus local, et enfin ceux qui, étant fort éloignés, ne sont soumis qu'à l'influence du processus général, c'est-à-dire de la réaction fébrile.

7° Il faut donc distinguer dans la vertu curative de l'érysipèle deux modes d'action qui correspondent aux deux processus dont l'association constitue l'érysipèle fébrile vrai : un mode d'action local substitutif et un mode d'action général qui rétablit dans les conditions d'un fonctionnement régulier la plasticité organique viciée par la maladie constitutionnelle.

8° Les deux processus de l'érysipèle fébrile vrai, conçus spontanément par l'organisme, ne peuvent être qu'imparfaitement imités par l'expérimentation. Il en est de même des deux modes d'action curative spontanés qui en découlent.

9° L'influence curative de l'érysipèle ne se produit pas seulement sur les accidents syphilitiques locaux ; l'état général, plus ou moins compromis par les atteintes de la maladie constitutionnelle, s'améliore aussi avec une rapidité remarquable.

10° Malheureusement, l'influence préventive de l'érysipèle sur les poussées ultérieures de la syphilis ne peut

pas être comparée à son action curative sur les accidents existant au moment de son invasion. Quelques jours après la guérison, de nouvelles manifestations syphilitiques peuvent se reproduire, peut-être toutefois avec moins d'intensité qu'auparavant.

11° D'autres maladies aiguës, inflammatoires ou pyréti-ques, peuvent avoir sur les accidents syphilitiques une ac-tion curative analogue à celle de l'érysipèle, mais sans doute pas au même degré.

12° Le danger d'une terminaison funeste, indépendam-ment de la nature spéciale de chaque érysipèle, provient de la malignité des accidents syphilitiques ou de l'état de collapsus cachectique dans lequel une syphilis grave a jeté l'organisme. Ces conditions paralysent l'action curative de l'érysipèle, qui doit être alors considéré comme une compli-cation des plus fâcheuses.

13° L'action curative de l'érysipèle, signalée depuis long-temps dans le phagédénisme, provient principalement des modifications locales que la phlogose fait subir au travail ulcératif et à la nutrition des parties qui en sont atteintes. C'est surtout un phénomène de substitution.

14° L'action curative de l'érysipèle, dans les manifesta-tions graves de la scrofule, telles que le lupus et d'autres affections cutanées constitutionnelles et chroniques, dérive également du processus local et du processus général de la maladie aiguë, et se produit suivant le même mode que dans la syphilis.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par sir HENRY THOMPSON, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien à University college Hospital, traduites, annotées et augmentées d'une introduction anatomique par les D^{rs} JUDE HUE et F. GIGNOUX. (Paris, GEORGES MASSON, 1874.)

Dans cette publication, où tout dénote la mémoire et la main d'un praticien consommé, nous remarquons surtout, au milieu des perfectionnements ingénieux apportés par l'auteur à nos méthodes usuelles de traitement, deux chapitres dont le titre seul a de quoi exciter, comme leur contenu a de quoi satisfaire, la curiosité des savants et les exigences des cliniciens le plus au courant des conquêtes de la science moderne ; ce sont ceux intitulés :

Avenir de la chirurgie opératoire dans le traitement des calculs vésicaux.

Période initiale et traitement préventif des affections calculeuses.

En somme, ce livre est le résumé aussi original qu'instructif d'un des praticiens les plus éminents de la Grande-Bretagne et des plus dignes de faire autorité sur le continent.

REVUE DES JOURNAUX.

SUR UNE FORME NON DÉCRITE DE PRURIT, PRURIT D'HIVER.
(Louis DUHRING, professeur à l'Université de Pensylvanie.)

L'auteur a observé un certain nombre de cas de prurit essentiel, c'est-à-dire non accompagné de lésions cutanées, possédant quelques caractères particuliers, et méritant une description spéciale.

Ce prurit apparaît à l'automne ou au commencement de l'hiver, quand viennent les premiers froids, et il disparaît au printemps, souvent même avant la fin de la saison froide, à laquelle il ne survit jamais ; d'ordinaire il reparaît plusieurs années de suite. L'auteur s'est assuré que cette affection ne tient pas au frottement des gilets ou caleçons de laine ou de flanelle que beaucoup de personnes revêtent à cette période de l'année. Ce prurit s'observe à tous les âges, dans les deux sexes, et sur des sujets dont la santé est d'ailleurs excellente.

Très-variables en intensité, les démangeaisons siègent surtout aux extrémités inférieures, de préférence à la partie interne des cuisses, autour du genou, dans le creux poplité, aux mollets, au cou-de-pied, principalement dans les régions non poilues ; elles occupent symétriquement les deux membres ; elles gardent d'habitude le même siège tant qu'elles durent.

Le prurit est plus intense vers le soir ; quelquefois même il n'apparaît qu'à l'approche de la nuit.

Au début, on n'observe rien sur la peau, pas trace de la

moindre éruption. Mais le grattage détermine bientôt quelques lésions secondaires, rudesse et âpreté de la peau, congestion des follicules pileux, épilation même plus ou moins complète de la région.

Cette affection ne saurait être confondue avec aucune autre. C'est au lichen pilaris qu'elle ressemble le plus ; mais le lichen pilaris est dû à une accumulation d'épiderme et de matière sébacée à l'orifice des follicules pileux chez les gens malpropres ; il siège souvent à la surface externe des cuisses, jamais dans le creux poplité ; fréquemment il ne s'accompagne pas de démangeaisons.

L'auteur ne se hasarde pas à rapporter ce prurit à un état général ; l'arsenic ne réussit pas à le combattre ; le meilleur traitement est le traitement par les bains alcalins.

(Philadelphia medical Times.)

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

(D^r Frédéric STURGIS, de New-York.)

L'auteur cherche à prouver qu'un enfant n'hérite de la syphilis que si sa mère est elle-même syphilitique ; pourvu que la mère ait échappé à l'infection, peu importe que le père ait ou non la vérole, l'enfant ne l'a pas. L'auteur cite à l'appui de son opinion quatre ordres de faits :

1^o Des cas où, à l'époque de la conception, le père avait des accidents syphilitiques, mais où la mère était saine ;

2^o Des cas où le père, ancien syphilitique, n'avait plus actuellement de manifestations, et où la mère était saine ;

3^o Des cas où le père et la mère avaient eu autrefois la syphilis, mais ne présentaient plus aucune lésion spécifique ;

4° Des cas où tous deux, à l'époque de la conception, étaient sous l'influence de la syphilis.

Dans les deux premiers ordres de faits il n'y eut pas un seul enfant syphilitique ; dans les deux derniers, tous héritèrent de la maladie.

Bien que l'auteur n'affirme pas absolument que la transmission directe de la vérole du père à l'enfant soit impossible, il la croit très-improbable ; il juge peu convaincantes les observations publiées jusqu'ici pour prouver ce mode de transmission, observations auxquelles il reproche surtout d'être incomplètes et de manquer des détails nécessaires.

(*New-York medical Journal*, juillet 1871 et juillet 1873.)

DU PRONOSTIC DE LA SYPHILIS. (Dr STURGIS, de New-York.)

Le pronostic de la syphilis est certainement un des points les moins bien élucidés de l'histoire de cette maladie. La question est en effet très-complexe, et si on veut y porter quelque lumière, il est indispensable d'introduire dans ce chapitre un certain nombre de divisions. L'analyse des manifestations de la vérole nous montre que cette maladie peut être grave de plusieurs façons :

1° Par elle-même, c'est-à-dire par la mauvaise nature, la *malignité* de ses manifestations propres, abstraction faite du siège de ces manifestations ;

2° Par le siège des accidents, siège absolument indépendant de la sévérité de l'infection ; car, à ce point de vue, la syphilis en apparence la plus bénigne peut déterminer les accidents les plus graves ;

3° Par la possibilité des manifestations éloignées, tertiaires, manifestations que l'on voit se produire dans des syphilis très-bénignes à leurs premières périodes ;

4^e Enfin, la vérole peut être grave *indirectement*, comme le dit M. Fournier, par l'influence qu'elle exerce sur les prédispositions morbides du sujet. De ces quatre pronostics, deux seulement peuvent être à peu près établis dans l'état actuel de nos connaissances, le premier et le dernier.

Les divisions que nous indiquons pour l'étude du pronostic de la syphilis, le Dr Sturgis ne les a pas faites; aussi en résulte-t-il une certaine confusion dans son travail. Il comprend évidemment sous les désignations communes de « syphilis bénigne, légère attaque de la maladie » à la fois les syphilis qui s'arrêtent à la période secondaire et celles qui ne se manifestent à cette période que par des accidents légers. Quoi qu'il en soit, il cherche à établir les points suivants :

1^o Quand le chancre a une tendance phagédénique, les lésions subséquentes sont graves et prennent le caractère ulcératif. M. Bassereau avait déjà admis ce fait. Une induration ganglionnaire considérable doit faire redouter une syphilis forte ;

2^o Plus les accidents secondaires tardent à se montrer, plus bénigne sera la maladie; de même, plus l'intervalle est long entre chaque poussée, plus favorable est le pronostic ;

3^o Si les accidents se répètent, et que les nouvelles attaques soient plus légères que les précédentes, la syphilis est bénigne. Quand les premiers symptômes sont ceux qui d'habitude apparaissent tardivement, la syphilis est maligne, galopante ;

4^o Un accident étant donné, il sera d'autant moins sérieux que les accidents précédents ont été plus légers. Il est exceptionnel que les attaques subséquentes soient sévères quand les premières sont bénignes ;

5° La syphilis est surtout grave aux périodes extrêmes de la vie.

(*American Journal of the Medical sciences*, July, 1873.)

SUR UN CAS DE THROMBOSE DES SINUS DU PLACENTA. (D^r KRONID SLAVJANSKY, de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Petersbourg.)

Il s'agit d'un placenta provenant d'un avortement, qui, à l'examen microscopique présentait l'apparence de l'induration simple (sclérose ou fibrome du placenta), mais dans lequel, à un examen plus approfondi, l'auteur a reconnu l'existence d'une lésion peu étudiée jusqu'ici, la thrombose des sinus. Nous allons résumer la description du D^r Slavjansky :

La surface externe ou maternelle du placenta est très-ferme, d'un gris sale et couverte de rides; la surface fœtale est parsemée de petites tumeurs de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. Les unes sont solides et présentent à la coupe tous les caractères d'un extravasat sanguin d'âge variable; les autres sont creuses et remplies d'un liquide trouble. A la coupe, le placenta est très-ferme et rappelle l'aspect d'un tissu sclérosé; par places on trouve au milieu de ce tissu des taches brunes très-limitées, de forme irrégulière. L'embryon est bien développé, à l'exception des extrémités; les mains et les pieds sont représentés, en effet, par de simples moignons.

Au microscope, on trouve cette portion du placenta maternel connue sous le nom de lac placentaire, et dans laquelle plongent les villosités chorales, remplie d'une masse amorphe finement granuleuse et fibroïde par places; au milieu de cette masse on trouve de petits amas de pigment sanguin et de rares vestiges de globules rouges;

l'aspect et les réactions de cette substance amorphe montrent clairement qu'on a affaire à de la fibrine. Les cellules du placenta maternel sont à l'état normal, mais infiltrées de globules blancs. Les villosités choriales ont leurs vaisseaux vides de sang ; le tissu conjonctif qui entre dans leur structure est finement granuleux ; leur épithélium a disparu.

Les taches brunes dont nous avons parlé tout à l'heure présentent les stades moins avancés du même processus. Ici le lac placentaire est rempli de sang coagulé à différents degrés de métamorphose régressive, depuis le coagulum tout récent jusqu'à la disparition de la plupart des éléments figurés du sang. Le tissu maternel avoisinant ne présente rien autre chose qu'une infiltration de globules blancs. Les villosités sont en assez bon état ; leur épithélium est conservé par endroits, par places il est remplacé par une couche finement granuleuse ; les vaisseaux des villosités choriales contiennent encore du sang.

Les vaisseaux ombilicaux sont partout perméables ; les cavités du cœur du fœtus contiennent des caillots récents, où les globules rouges sont bien conservés.

L'auteur conclut de son examen que cette thrombose des sinus utérins s'est produite en plusieurs fois, successivement ; elle ne reconnaît pas pour cause une endophlébite des sinus ; toutes les lésions des villosités choriales et de la caduque intermédiaire sont secondaires à la thrombose et en dépendent. C'est donc dans le ralentissement du courant du sang maternel qu'on doit chercher la raison de cette lésion. L'imperméabilité graduelle du placenta maternel au sang a gêné le développement de l'embryon et déterminé l'avortement.

D^r CH. SCHWARTZ.

EMPLOI DE L'IODOFORME, par M. le D^r Ernest BESNIER.

Chargé temporairement, en 1866, du service de M. Lail-ler à l'hôpital Saint-Louis, M. Besnier avait été conduit, sur les indications de ce savant médecin, à employer l'iodoforme *finement pulvérisé* en *applications* à la surface des *plaies à cicatrisation lente*, des *ulcérations vénériennes, syphilitiques*, et notamment du *chancre mou* et des *ulcérations cancéreuses*. La première application fut faite par lui avec le concours de M. Serres, interne du service, sur des chancres mous du gland, et sur des chancres d'inoculation faits à la cuisse. La douleur assez vive dont ces plaies étaient le siège fut manifestement calmée par les applications iodoformées, et la cicatrisation s'opéra avec une rapidité qui leur parut très-remarquable. Peu après, sur une malade du même service, il fit recouvrir *tous les jours* de poudre d'iodoforme une *vaste* ulcération bourgeonnante étendue à toute la surface d'un sein cancéreux. Cette fois encore, aucun accident local ou général ne suivit cette pratique, et malgré les conditions particulièrement défavorables du cas particulier, un travail manifeste de cicatrisation parut commencer ; mais on n'a pu poursuivre assez longtemps l'expérience pour se rendre un compte exact de la valeur de ce fait. Peu après encore il eut occasion de voir à sa consultation un jeune homme atteint d'un chancre mou du gland, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, malgré un traitement local approprié. Pendant une semaine il se borna à l'expectation, puis, après avoir constaté l'absence totale de travail de cicatrice, il fit faire des applications biquotidiennes de poudre d'iodoforme, sous l'influence desquelles la cicatrisation termina avec rapidité en l'absence de toute autre médication. M. Besnier a depuis saisi toutes les occasions qui se sont présentées

d'avoir recours au même procédé, et il lui a toujours paru, dans ces conditions, que l'iodoforme avait pour résultat de calmer la douleur et de hâter le travail de cicatrisation.

Voici maintenant le procédé d'application : l'iodoforme, réduit en poudre très-fine, est déposé à la surface de la plaie, préalablement nettoyée et abstergée, soit avec les doigts, soit avec une spatule, qui sert en outre à la faire adhérer et à la tasser en quelque sorte, quand il s'agit de plaies petites et profondes. On en assure ensuite le maintien par un moyen approprié à la région : pour la peau, un linge glycérimé ; pour le gland, soit un peu de baudruche gommée, soit du papier Joseph imbibé légèrement d'eau gommée (le papier à cigarettes convient parfaitement à cet usage). Quand il s'agit de plaies de petite dimension et situées dans des régions spéciales, comme les ulcérations du gland, l'application de la poudre devra être renouvelée aussi souvent qu'il sera nécessaire pour maintenir son action en permanence. Pour les ulcérations du col de l'utérus les applications se feront par insufflation, et la contention au moyen d'un tampon de charpie sèche. Quant aux applications à faire pour les ulcérations des fosses nasales ou de la gorge, ce sera aussi par l'insufflation, mais à dose moindre évidemment, et peut-être l'iodoforme pourra-t-il être alors avec avantage associé à quelque autre poudre, telle que la poudre de bismuth, par exemple. (*Bulletin général de Thérapeutique*, t. LXXIII, 1867.)

DU PSORIASIS BUCCAL, par M. DEBOVE.

Au *début*, le psoriasis buccal n'occasionne aucune gêne ; les malades s'en aperçoivent par hasard, en se regardant la langue dans un miroir ; j'ai vu plusieurs sujets chez lesquels l'affection ne donnait encore lieu à aucun trouble : ils igno-

raient absolument leur mal. Peu à peu, la lésion augmente, les plaques psoriasiques deviennent plus épaisses, plus larges, produisent un certain nombre de troubles qui ne permettent plus ni au malade ni au médecin de méconnaître l'affection.

Les *taches* sont d'abord opalines, transparentes; la couche épidermique, peu épaisse, laisse voir par transparence la muqueuse linguale; cette couche épidermique s'épaissit graduellement et devient opaque; les teintes qu'elle présente varient légèrement: quelquefois elle est d'un blanc brillant, argenté, rappelant tout à fait par son éclat le psoriasis herpétique des coudes et des genoux; en général la langue est d'un blanc moins brillant, semblable à celui des bourgeons charnus sur lesquels on a passé un crayon de nitrate d'argent. Si on examine ces surfaces à la loupe, on reconnaît que les papilles sont plus volumineuses; souvent plusieurs d'entre elles sont confondues, englobées par une même masse épithéliale.

La *configuration de la lésion* est variable. Le psoriasis nummulaire est une forme assez fréquente; il est formé par une, deux, trois ou un plus grand nombre de taches arrondies, situées à la face dorsale de la langue; leur diamètre est souvent de cinq à six millimètres; plusieurs d'entre elles peuvent se fondre en une plaque, limitée alors par un rebord festonné.

La *forme habituelle* est celle d'une plaque médiane s'étendant du V lingual à l'union du tiers antérieur de la langue avec son tiers moyen. Au centre, les squames sont nombreuses, épaisses; à la périphérie, elles diminuent, deviennent minces et prennent une teinte opaline; on peut suivre sur ces points l'évolution de l'affection.

Dans une autre forme, la face dorsale de la langue est tout entière malade, l'affection s'étendant d'un bord de l'organe à l'autre, de la pointe à la racine.

La face inférieure de la langue est ordinairement saine ; lorsque la lésion occupe cette région, elle est toujours limitée, peu prononcée, consistant en une ou deux petites plaques opalines.

Si on applique le doigt sur une tache psoriasique, on a un sentiment de résistance ; si on pince la langue entre les doigts, cet organe paraît plus dur. Cette augmentation de consistance est due à l'accumulation d'épiderme, mais elle est due surtout à une néoformation du tissu fibreux dans la muqueuse et dans les parties sous-jacentes ; c'est ce que j'ai pu constater parfaitement sur la langue d'un malade mort dans le service de M. le professeur Verneuil.

Quelques psoriasis, même étendus, sont lisses, c'est-à-dire qu'à leur surface il n'existe ni fissures ni crevasses ; mais le plus souvent, il n'en est pas ainsi : la langue présente un certain nombre de sillons, les uns superficiels, qui ne paraissent que l'exagération des sillons normaux ; d'autres, au contraire, larges, au fond desquels on voit la muqueuse ulcérée et saignante.

Le grand sillon médian de la langue est ordinairement le siège de cet ulcère linéaire ; souvent on voit des sillons moins profonds qui lui sont parallèles, et parfois aussi d'autres sillons transversaux coupant les premiers perpendiculairement et divisant ainsi la muqueuse linguale en un certain nombre de petits blocs carrés. Chez plusieurs malades, pendant la mastication, des parcelles alimentaires venaient se loger dans les sillons, leur causaient une douleur assez vive, et les obligeaient à se rincer la bouche à chaque instant.

Il existe encore d'autres ulcères, qui se forment par une desquamation d'étendue variable ; leur forme est souvent arrondie ; au bout d'un certain temps, ces ulcères se recouvrent de nouvelles couches épithéliales.

Dans les cas simples, il n'existe pas de douleur vive,

mais un sentiment de gêne qui est constant, tourmente singulièrement les malades et les rend facilement hypocondriaques. Pendant le repas, la gêne est plus considérable ; elle devient même une douleur assez intense si le malade a des ulcères linguaux ou s'il fait usage de boissons ou d'aliments irritants.

La *mastication* est toujours lente, la langue n'étant plus aussi mobile qu'à l'état normal ; en raison de la sensibilité exagérée de cet organe, les malades se soumettent à un régime spécial : ils évitent les aliments irritants par leur nature ou leur consistance ; j'ai vu des sujets obligés de se nourrir exclusivement, pendant un certain temps, d'aliments tels que soupes, purées, etc.

Beaucoup de malades prétendent avoir le *sens du goût* intact ; c'est là une erreur qui tient à ce que, la lésion marchant lentement, le goût s'émousse à l'insu du malade, et en second lieu à ce qu'une partie des sensations rapportées par les malades au sens du goût aurait dû être rapportée au sens de l'odorat.

La *parole* est gênée, surtout au début d'une conversation ou à la fin d'un long entretien ; les malades se plaignent alors d'avoir la langue épaisse ; il leur semble qu'elle ait augmenté de volume.

La *salivation* est ordinairement augmentée ; elle l'est quelquefois assez pour que, pendant le sommeil, la salive s'écoule de la bouche.

Le psoriasis de la face interne des joues et de la face postérieure des lèvres existe seul ou bien avec un psoriasis de la langue ; il se présente sous forme de taches blanchâtres siégeant souvent aux commissures, et décrites sous le nom de plaques des fumeurs. Ces plaques présentent souvent des crêtes saillantes et cette variété pourrait être décrite sous le nom de psoriasis végétant.

Le psoriasis peut siéger à la voûte palatine, sur les gen-

cives. Dans un cas observé par M. Bazin, le psoriasis des gencives aurait amené une carie dentaire précoce.

La *marche* du psoriasis buccal est chronique et irrégulière ; sous l'influence d'agents irritants, et en particulier chez les malades ayant suivi un traitement mercuriel, on le voit progresser avec rapidité et par poussées. Sa durée est indéterminée ; j'ai vu des malades qui prétendaient que depuis nombre d'années leur mal restait stationnaire.

Une des *terminaisons*, malheureusement fréquente, du psoriasis lingual est le cancroïde. J'ai vu un de ces cas dans le service de M. Verneuil ; MM. Bazin, Hardy, Hillairet, Panas en ont observé d'autres.

Mon ami le Dr Edmond Bassereau m'a communiqué un cas de psoriasis labial ayant amené un cancroïde de la lèvre. Un malade actuellement dans le service de M. le professeur Verneuil a un psoriasis de la joue et un cancroïde de la même région.

Je ne connais pas d'exemple de cette affection chez l'enfant ; elle est rare chez la femme ; un certain nombre de médecins ont pensé qu'elle était de nature syphilitique : erreur déplorable qui les a conduits à aggraver l'état de leurs malades par un traitement mercuriel. Il est certain que cette affection est fréquente chez les sujets ayant eu des manifestations buccales de la syphilis, mais il s'agit là d'une action tout à fait locale, d'une irritation produite par la présence de plaques muqueuses, mais qui n'a rien de syphilitique.

La *cause* la plus fréquente du psoriasis buccal est l'abus du tabac, c'est ce qui nous explique la rareté relative de cette affection chez la femme.

M. Bazin, à qui l'on doit la première description du psoriasis buccal, soutient que cette affection est de *nature* arthritique. Je ne saurais être aussi affirmatif que ce savant maître. Pour un certain nombre de cas, l'origine arthriti-

que m'a paru évidente; mais pour d'autres, je n'ai rien découvert dans l'état actuel du malade ni dans ses antécédents qui me permettent de rattacher son mal à l'arthritisme. Je dirai enfin que M. Bazin a constaté l'existence du psoriasis buccal sur plusieurs sujets appartenant à une même famille.

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*,
fascicule 4, 1873.)

NOTE POUR SERVIR A L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DU FAVUS
ET DU TRICHOPHYTON CHEZ LES CHATS, par le D^r CONCHE.

I. Antérieurement à 1867, j'avais déjà l'occasion d'observer chez un chat angora le favus et le trichophyton, développés sur le même animal, mais gardant leurs caractères distincts sous forme d'éruptions juxtaposées. (Voir *Compte rendu des séances de la Société des sciences médicales*, 1869.)

II. Depuis cette époque, j'ai pu encore observer le même fait sur un chat ordinaire, ainsi que sur un petit chien havanais; mais je ne parlerai pas de ce dernier animal, qui me fut pris au moment où se développait sur le dos l'éruption que je n'ai pu suffisamment observer, soit à l'œil nu, soit au microscope.

III. Le trichophyton me paraît donc pouvoir se développer sur les chats, ainsi du reste que, dans la dernière séance, en citait également un exemple M. Daniel Mollière.

IV. Le favus épidermique, ou éruption hybride formée par le favus et le trichophyton développés sur une même place en gardant chacun leurs caractères spéciaux, s'il existe chez l'homme, ne me paraît pas encore avoir été observé chez les animaux.

V. Le favus et le trichophyton, en se développant sur les chats que j'ai vus, se sont compliqués assez rapidement d'une éruption dont la période pustuleuse, courte, peu visible, a été bientôt suivie de croûtes noirâtres granuleuses, formant des amas plus ou moins épais, qui masquèrent bientôt les caractères dus aux parasites ; de telle sorte que, si ces animaux eussent été examinés à cette époque pour la première fois, on aurait cru à l'existence d'un impétigo généralisé, et rien à première vue n'aurait fait penser au favus ni au trichophyton.

VI. Les parasites ne se développent pas également sur tous les points du corps ; et ce sont sur ceux où les poils sont le moins longs, le moins touffus, tels que les oreilles, les paupières, les lèvres, que les parasites offrent le développement le plus rapide et le plus complet, soit que l'inoculation y soit plus facile, le développement du parasite plus prompt, ou enfin l'observation plus aisée.

La tête, et dans la tête la peau du pourtour des orifices, me paraît donc un lieu de prédilection pour le développement des parasites, ce qui s'explique encore par ce fait que c'est par cette partie que les animaux prennent leur proie, quelquefois contagionnée elle-même, et que c'est également cette partie qu'ils exposent le plus aux frottements extérieurs, lesquels facilitent non-seulement la contagion, mais aussi l'inoculation.

VII. Enfin, les deux animaux dont je parle arrivèrent en quelques mois, de six à huit environ, à un état d'émaciation prononcé, devinrent souffreteux, n'ayant plus rien de leur vie ordinaire, restant continuellement cachés dans des recoins obscurs, état de maladie qui se termina par une mort due plutôt à l'éruption pustuleuse généralisée et aux troubles consécutifs des fonctions de la peau qu'au fait même de l'existence du parasite.

Les affections parasitaires me paraissent donc suscepti-

bles de prendre chez certains animaux un degré de gravité que l'on n'observe que bien rarement chez l'homme.

VIII. Le développement du parasite me paraît mieux réussir lorsque, après avoir répandu des poussières parasitaires sur l'animal, on le laisse se les inoculer, soit en se grattant, soit par les frottements auxquels il se livre, que par l'inoculation à la lancette, où le sang peut entraîner le parasite, qui, du reste, est introduit trop profondément dans le derme et rarement dans l'épiderme, dans un lieu par conséquent impropre à son développement.

Le reproche que je fais au procédé de la lancette, je le ferai également, mais moins fortement cependant, au procédé par lequel on commence à irriter la partie de la peau où l'on veut inoculer du parasite par des pommades épispastiques, reproche facile à comprendre en se rappelant que Baumès se servait justement, soit des épispastiques, soit des vésicatoires pour guérir les affections parasitaires chez l'homme, en modifiant profondément la vitalité de la peau malade, sur laquelle ne peuvent bientôt plus se développer les végétaux parasites.

(*Lyon médical*, novembre 1873.)

TRAITEMENT DU PORRIGO DECALVANS PAR DES APPLICATIONS DE LIQUEUR D'AMMONIAQUE, par le D^r DYCE DUCKWORTH.

L'auteur a employé avec bonheur l'essence de térébenthine en application dans les cas de porrigo decalvans ; mais dans ces derniers temps, encouragé par deux succès appartenant au D^r Birkbeck Nervins, de Liverpool, il a substitué à la térébenthine des applications de liqueur d'ammoniaque, et il n'a eu qu'à s'en louer.

Il se sert à cet effet de morceaux de flanelle imbibés d'une solution ammoniacale assez forte pour ne pouvoir

être supportée ni par le nez ni par les yeux de l'opérateur. Avec cette flanelle, il fait tous les jours des frictions sur la partie malade du cuir chevelu. A mesure que la partie rougie devient douloureuse, il diminue la force de la solution ammoniacale jusqu'à la guérison de la maladie et à la réapparition des cheveux.

Ce mode de traitement lui a paru donner de meilleurs résultats que les frictions avec l'essence de térébenthine, ainsi qu'il a pu s'en assurer en soumettant chez le même malade une partie du cuir chevelu à l'une de ces médications, tandis qu'une autre partie était soumise comparativement à l'autre.

Les applications d'ammoniaque paraissent exciter la formation des cheveux plus qu'aucune autre application; la térébenthine ne vient qu'en second lieu comme topique actif.

Mais l'ammoniaque est d'un usage moins universel que la térébenthine; dans certains cas, en effet, elle provoque de la vésication et est très-douloureuse, ce qui n'a jamais lieu pour la térébenthine.

Souvent le traitement local suffit contre le porrigo decalvans; quelquefois cependant il est utile de lui adjoindre un traitement général, tel que : huile de foie de morue, fer, noix vomique, acides minéraux, etc.

(*The Saint-Bartholomew's hospital reports*, t. IX, 1873.)

D'UN NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSTIC DE LA TEIGNE TONSURANTE,
par le D^r DYCE DUCKWORTH.

Dans les cas douteux de teigne tonsurante ou d'herpès circiné, quand il s'agit de se prononcer sur la nature parasitaire ou non de la maladie, l'auteur conseille de verser quelques gouttes de chloroforme sur la plaque cutanée dont on a à déterminer le caractère; s'il s'agit du *trichophyton*

tonsurant, à mesure que le chloroforme s'évapore, on voit bientôt les cheveux ou les poils malades, en général courts, brisés et tordus à leur extrémité, devenir opaques, prendre une couleur jaune blanchâtre et revêtir l'aspect de fins filaments de végétaux. Les cheveux et les poils sains ne sont nullement influencés par le chloroforme.

Ce ne sont pas seulement les cheveux malades qui subissent l'action du réactif ; la peau elle-même, dans les points atteints par le parasite, se recouvre, sous l'influence des applications de chloroforme, d'une poussière jaunâtre et fine, semblable à de la fleur de soufre, qui paraît n'être qu'un mélange de débris épithéliaux et de trichophytos.

M. Dyce Duckworth a essayé le chloroforme sur des plaques d'herpès circiné et de teigne versicolore, et il a pu constater les mêmes effets que dans les cas de teignes tonsurantes ; les plaques, après l'évaporation du réactif, se couvrent d'une légère poussière blanchâtre, dans laquelle le microscope démontre la présence du parasite. La réaction ne se produit pas dans les cas de *mélasma* ni dans les diverses taches pigmentaires non parasitaires de la peau, comme on en voit dans le *leucoderma*, etc. Rien de pareil ne se manifeste non plus dans le *porrigo decalvans*, ce qui concourrait, avec beaucoup d'autres preuves, à démontrer que cette affection ne présente pas de parasites. Dans le favus, le chloroforme paraît de peu de valeur comme moyen de diagnostic ; il rend des services surtout dans la trichophytie, et principalement quand l'affection est peu marquée et d'une détermination difficile, c'est-à-dire tout à fait au début, et, sur la fin, quand il s'agit de savoir si la guérison est complète et si l'on peut suspendre le traitement.

L'auteur a essayé d'autres substances comparativement avec le chloroforme. L'éther n'influence en rien les plaques microphytiques. Le bisulfure de carbone a moins de valeur

que le chloroforme; cependant il rend les poils plus transparents, les spores et le mycélium plus visibles.

(*The British medical Journal*, 1^{er} novembre 1873.)

LE FURONCLE, SES RELATIONS AVEC L'HERPÉTISME ET SON TRAITEMENT PAR L'ARSENIC, par M. DELIOUX DE SAVIGNAC.

Chez bon nombre d'individus, le furoncle paraît être une manifestation de l'herpétisme. On le voit parfois se reproduire avec une ténacité désespérante. C'est contre cette espèce de diathèse furonculaire que l'auteur conseille l'emploi de l'arsenic de préférence à tous les autres moyens.

Voici le mode de traitement préconisé par M. Delieux de Savignac :

A l'intérieur, il prescrit l'arsenic à petite dose.

Eau distillée..... 200 grammes.

Arséniate de soude..... 10 centigrammes.

Une cuillerée à café matin et soir.

Après la consommation de cette solution, l'auteur fait prendre 20 à 30 grammes de sulfate de soude. On fait ensuite reprendre la solution arsenicale, que l'on fait suivre de nouveau d'une dose purgative de sulfate de soude.

En même temps, l'auteur conseille l'usage d'une décoction très-chargée de bourrache et de chicorée sauvage, avec *herbes fraîches*; un régime alimentaire où l'on fait entrer beaucoup de végétaux frais, une cure de raisins.

Pendant le traitement arsenical, on ne doit faire usage d'aucun acide et insister au contraire sur les alcalins; ainsi on engagera les malades à boire aux repas de l'eau de Vals ou de Vichy.

En dehors de l'arsenic, recommandé déjà par beaucoup d'auteurs, M. le professeur Hardy a depuis longtemps conseillé l'usage interne de l'eau de goudron pour prévenir la reproduction des furoncles.

Dans tous les cas, on pourrait employer simultanément ces deux modes de traitement.

Le traitement alcalin réussit également, mais M. Delieux de Savignac a remarqué qu'il agit moins vite que lorsqu'il était combiné avec le traitement arsenical. (*Bulletin de thérapeutique*, 1873.)

POMMADE CONTRE LE PRURIT ET LES ULCÉRATIONS DE LA VARIOLE,
par M. le docteur N. GUÉNEAU DE MUSSY.

Pr. Cérat.	gr. 30.00
Bromure de potassium. .	3.00
Camphre.	0.30

Mélez intimement. — Cette pommade est employée quand la démangeaison est intolérable, pour empêcher les enfants et même les grandes personnes de se déchirer la peau en se grattant.

Lorsque les pustules sont suivies d'ulcération du derme, le même médecin prescrit l'application de la pommade dont voici la formule :

Pr. Cérat.	gr. 30.00
Tannin.	2.00
Oxyde de zinc.	2.00
Calomel	0.25
Extrait thébaïque.	0.10

Mélez. — Dans l'intervalle des applications, il est utile de laver les parties malades avec de l'eau additionnée de quelques gouttes de teinture de benjoin.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Le gérant, G. MASSON.

Clichy. — Impr. Paul Dupont rue du Bac-d'Asnières, 12. (195, 3-4.)

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

D'UNE VARIÉTÉ CLINIQUE DU CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'HOMME : DU CHANCRE SYPHILITIQUE MULTIPLE HERPÉTIFORME, par le Dr Alfred DUBUC, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 octobre 1873.

L'accident primitif de la syphilis offre des aspects variés qu'il importe de bien connaître si l'on veut arriver à un diagnostic précis. La plupart des traités classiques français depuis la publication du livre de M. Bassereau (1) rattachent toutes les variétés d'accident primitif aux deux formes suivantes :

1° L'érosion chancreuse (érosion chancreiforme de Diday ; érosion superficielle de Langlebert).

2° Le vrai chancre induré.

Le docteur Lancereaux, dans son important *Traité his-*

(1) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, Paris, 1852.

torique et pratique de la syphilis, y joint une troisième forme que j'ai eu moi-même l'occasion d'observer : la papule sèche.

Enfin le Dr Alfred Fournier, dans une publication récente (1) remarquable à tous les titres, qui est l'œuvre d'un clinicien consommé, admet pour la lésion primitive de la syphilis chez la femme les quatre formes anatomiques suivantes :

1° Le chancre *érosif, desquamatif*, qui consiste simplement en une desquamation épidermique ou épithéliale, se bornant à dénuder le derme sans l'entamer.

2° Le chancre *exulcéreux*, celui qui attaque superficiellement le derme, qui l'effleure plutôt qu'il ne l'entame véritablement.

3° Le chancre *ulcéreux*, d'aspect creux, excavé, entaillé, qui fait ou paraît faire ulcère, car le plus souvent l'ulcération n'a lieu qu'aux dépens de son néoplasme et non des tissus normaux.

4° Le chancre *papuleux en plateau* qui, soulevé au-dessus des téguments, bombé, proéminent, figure une sorte de petit disque ou de papule tout à fait analogue à la papule secondaire.

La variété que j'ai en vue dans ce travail présente pour caractères d'être constituée par des lésions multiples qui, simplement desquamatives au début, deviennent érosives un peu plus tard et souvent proéminent légèrement sous forme de papules muqueuses au moment où la période de cicatrisation va commencer. J'ai adopté la dénomination de chancre syphilitique multiple herpétiforme parce qu'elle a l'avantage, à mes yeux, de faire songer immédiatement à un ensemble d'altérations essentiellement superficielles, groupées sur une région limitée, présentant en un

(1) Leçons sur la syphilis étudiée particulièrement chez la femme, Paris, 1873, pages 147, 148.

mot la plupart des caractères qu'on assigne à l'herpès ; c'est, en effet, avec l'herpès qu'on confond toujours l'affection dont il est question ici, lorsqu'elle n'est encore qu'à la période de début. Je dois ajouter que, dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, l'affection siégeait *sur la muqueuse du gland, du reflet et du prépuce* ; que je ne l'ai jamais vue débiter par des vésicules comme cela a lieu dans l'herpès véritable.

Enfin, si je la décris chez l'homme, cela veut dire que je ne l'ai rencontrée que chez lui et non pas que la femme en soit exempte ; nous verrons, en effet, plus loin que, sous le nom de chancre érosif, desquamatif, le Dr Fournier a décrit chez celle-ci une affection tout à fait semblable, à cela près que les lésions sont moins nombreuses, affection qui, d'après ses recherches, constitue huit fois sur dix au moins le chancre syphilitique de la femme.

J'ai rencontré six fois sur l'homme le chancre syphilitique herpétiforme.

OBSERVATION I.

J'ai vu mon premier malade en octobre 1861. A cette époque je n'étais pas encore très-familiarisé avec l'accident initial de la syphilis, mais l'eussé-je été davantage que, suivant toute probabilité, j'aurais commis tout de même l'erreur dont je vais faire le récit.

Un monsieur, alors âgé de 24 ans, vint me trouver pour me demander mon avis sur de nombreuses exulcérations qui s'étaient produites depuis quelques jours sur la face muqueuse du prépuce et le reflet balano-préputial ; c'étaient de simples desquamations épithéliales, à peine douloureuses. Après l'avoir examiné, je n'eus pas même l'idée que ce pût être le début de chancres syphilitiques, tant cela était d'apparence bénigne ; je le rassurai, lui disant qu'il était atteint d'herpès, qu'avec des soins de propreté et en

isolant les surfaces malades, cela guérirait en quelques jours.

Mon pronostic fut loin de se réaliser, les jours se succédaient et, au lieu de marcher vers la cicatrisation, les petites plaies s'étaient élargies, leur surface était devenue vasculaire, saignante, d'aspect rouge sombre, le prépuce avait fini par se boursoufler; je ne sais s'il y avait dès lors de l'adénopathie inguinale : la période de début m'avait si bien persuadé qu'il s'agissait d'un herpès que je ne songeais nullement à la possibilité d'une autre affection; j'étais seulement surpris de la persistance de ces prétendues ulcérations herpétiques et même de leur aggravation, d'autant plus que mon malade suivait une hygiène très-régulière, évitait toute espèce de cause d'irritation de l'organe malade.

A la fin, voyant que nous tournions sur place, il me pria de le conduire auprès de quelqu'un qui eût plus l'habitude de ce genre d'affections; je le conduisis à M. Cullerier qui, après l'avoir examiné un instant, me dit et à lui aussi qu'il était atteint de chancres infectants : il existait en effet de l'induration manifeste à la base des ulcérations, une double adénopathie polyganglionnaire, du boursoufflement rénitent du prépuce; l'affection était parfaitement caractérisée à ce moment-là et il avait fallu toute ma prévention d'esprit pour m'empêcher d'en reconnaître la nature.

On remplaça la solution de nitrate d'argent, dont je m'étais servi en dernier lieu comme topique et qui n'avait fait qu'irriter les chancres, par du cérat opiacé; on prescrivit de grands bains amidonnés, le traitement mercuriel à l'intérieur; dès lors les ulcérations marchèrent rapidement vers la cicatrisation, laissant après elles des indurations nettement caractérisées et une double pléiade inguinale.

La syphilis a offert postérieurement chez le malade des particularités intéressantes que je vais esquisser le plus

brièvement possible. A la suite des chancres et dans le délai voulu, il présenta comme manifestation constitutionnelle de la roséole disséminée sur le tronc et les membres, des croûtes du cuir chevelu avec adénopathie post-cervicale, des poussées successives de plaques muqueuses confluentes sur les amygdales; bref, le stade des accidents secondaires se prolongea avec des alternatives diverses jusque vers le milieu de l'année 1862; il se fit ensuite une longue rémission interrompue seulement à de certains moments par de fortes migraines, sans phénomènes objectifs de syphilis, migraines pour lesquelles je lui donnai à différentes reprises de l'iodure de potassium.

En avril 1864, il eut sur la face interne des amygdales une *production couenneuse, lisse, épaisse*, simulant l'angine diphthéritique, mais sans fièvre, sans état général; je rattachai à la syphilis cette production couenneuse, que j'ai eu depuis l'occasion de voir une autre fois dans les mêmes circonstances, et, en effet, elle disparut entièrement en quelques jours sous l'influence des applications locales de teinture d'iode et de l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

Dans les années qui ont suivi, il a eu, de nouveau, à différentes reprises et sans phénomènes objectifs de syphilis, des migraines prolongées ainsi que des diarrhées tenaces pour lesquelles je lui ai administré plusieurs fois de l'iodure de potassium; il s'est marié au commencement de 1868 et est actuellement père de deux garçons très-bien portants, l'un âgé de cinq ans, l'autre de dix mois. En janvier 1871, il vint me trouver pour une production gommeuse abcédée, siégeant sur le voile du palais au voisinage de la voûte palatine, production qui céda rapidement à un traitement énergique par le mercure et l'iodure de potassium et ne laissa heureusement à sa suite qu'une cicatrice déprimée sans perforation, bien que, pendant la période de

suppuration, j'ai pu faire passer au travers sans la moindre difficulté un stylet fin, qui de la cavité buccale pénétrait dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

Enfin en juin 1873, étant hors de Paris, il fut pris brusquement d'un sentiment de faiblesse dans toute la moitié latérale gauche du corps, phénomène qui fut attribué, par le médecin qu'il consulta, à un épanchement séreux et pour lequel il prescrivit, outre un vésicatoire à la nuque, des toniques et une faible dose d'iodure de potassium.

Les phénomènes de faiblesse et de sensation d'engourdissement dans la moitié latérale gauche du corps ayant persisté, sans aggravation notable comme sans diminution, jusqu'au commencement d'octobre, époque de sa rentrée à Paris, il nous réunit en consultation, M. le professeur Lorain et moi : nous n'hésitâmes pas un seul instant à rattacher les phénomènes de semi-paralysie qu'il éprouvait à gauche à la production d'une lésion syphilitique tertiaire, gomme ou exostose, développée du côté du cerveau ou de la face interne de la boîte crânienne; nous lui prescrivîmes un traitement mixte composé de frictions mercurielles (à cause de la susceptibilité intestinale) et d'iodure de potassium à l'intérieur. Il a suivi depuis lors ce traitement avec une grande régularité et en a éprouvé une amélioration considérable, ce qui démontre que notre diagnostic n'était pas erroné; il est encore en traitement à l'heure actuelle.

J'ajouterai que ce malade ne s'est jamais départi à aucune époque de sa vie des règles d'une hygiène très-sévère et qu'il était indemne, au moment où je l'ai vu pour la première fois, de tout antécédent syphilitique ou même vénérien; il n'a jamais commis d'excès d'aucune sorte et, malgré une constitution un peu lymphatique, il avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'époque où il a contracté la syphilis.

Cette observation démontre que le chancre infectant herpétiforme peut être le point de départ d'une syphilis grave, remarque que le Dr Alfred Fournier a faite de son côté chez la femme à propos du chancre desquamatif et qui sera confirmée d'une façon très-expresse par une autre des observations qui vont suivre.

NOTA. — A la date du 5 mars 1874 ce malade peut être considéré comme guéri, bien qu'il prenne encore de l'iode de potassium.

OBSERVATION II.

Le deuxième cas s'est présenté à moi en 1863, pendant que j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, sur un homme de 45 ans environ, garçon de bains dans cet hôpital.

Chez lui, comme chez le malade de l'observation précédente, le début avait eu lieu par de nombreuses exulcérations superficielles, de petite étendue, siégeant sur la face muqueuse du prépuce, le reflet et la surface du gland, exulcérations qui, après être restées souples, étaient devenues dures à la base et s'étaient accompagnées d'une double pléiade ganglionnaire inguinale.

Cette fois-ci je ne m'étais pas laissé égarer longtemps par l'aspect insolite de la lésion; j'en avais reconnu de bonne heure la signification. Si je cite ce malade, ce n'est pas pour appeler l'attention sur l'aspect qu'ont revêtu chez lui les lésions initiales, puisque je ne possède pas son observation prise au jour le jour; mon but est de signaler certaines particularités intéressantes de son histoire.

Cet homme me raconta qu'il tenait ses chancres d'une ancienne malade soignée à l'hôpital Saint-Louis pour des accidents de syphilis constitutionnelle; il l'avait rencontrée au dehors et avait d'autant moins hésité à se fier à elle qu'il la considérait comme entièrement guérie puisqu'on avait signé sa sortie de l'hôpital.

Le chancre herpétiforme serait donc résulté dans ce cas de la contamination d'accidents secondaires, très-probablement de plaques muqueuses récidivées. Un autre garçon de l'hôpital, qui disait lui aussi avoir eu des rapports avec la malade en question, présentait à la même époque un chancre induré unique type.

Pour en revenir au premier, le seul dont j'aie à m'occuper, la syphilis présenta chez lui une intensité marquée, au moins pendant la période des accidents secondaires. Je retrouve dans mes notes qu'il fut atteint d'une poussée de roséole discoïde confluyente sur le tronc; d'une éruption pustuleuse du cuir chevelu avec engorgement des ganglions post-cervicaux; de nombreuses plaques muqueuses ulcérées de la gorge, de la langue, des lèvres, de la verge, des bourses, de l'anus; de plaques syphilitiques types (cette lésion dont mon maître M. Bazin a fait l'analogue des papules plates des muqueuses) des avant-bras, de la paume des mains et de la plante des pieds; de décollement des ongles des mains; de laryngite.

Enfin, quatre mois à peine après la cicatrisation des chancres, malgré un traitement mercuriel régulièrement suivi, il présentait une exostose nettement circonscrite du bord postérieur du cubitus droit, une autre moins prononcée à gauche, un léger gonflement de la face interne du tibia. J'ai cessé de voir le malade à la fin de l'année 1863, mais les détails qui précèdent suffisent à caractériser une syphilis intense.

J'arrive maintenant à des observations dans lesquelles les caractères des lésions initiales ont été soigneusement consignés et qui permettront d'établir avec détails les caractères objectifs du chancre syphilitique multiple herpétiforme. Ces observations sont au nombre de quatre : trois ont été recueillies par moi, la dernière a été rédigée par le

malade lui-même, étudiant en médecine. Celle-ci n'a pas dans certaines parties toute la précision désirable : ainsi l'époque du début, le nombre des ulcérations n'ont pas été déterminés avec rigueur ; j'avais écrit au malade pour le prier de me fournir des détails plus précis sur des points qu'il n'avait pu oublier : ma lettre est restée sans réponse ; j'ai dû en conséquence me borner à transcrire l'observation telle qu'il me l'a remise ; je l'accompagnerai de quelques commentaires résultant des conversations que j'ai eues avec lui au moment où il est venu réclamer mes soins.

OBSERVATION III.

M. G..., 26 ans, de constitution robuste. Ce malade n'a jamais eu de chancres avant l'époque actuelle ; seulement il était assez souvent atteint d'herpès préputial.

Il se présente à moi le 17 mars 1866 ; il me raconte qu'il a eu des rapports sexuels avec deux femmes différentes les 17 et 24 février précédents.

L'affection a débuté chez lui le 8 mars par huit ou dix groupes d'exulcérations, composés chacun de quatre ou cinq ulcérations plus petites, comme cela se voit dans l'herpès à la période où les vésicules sont remplacées par de petites plaies ; ces lésions sont disséminées tant sur la surface muqueuse du prépuce que dans le repli balano-préputial ; l'une d'elles, plus large que les autres, occupe la surface du frein qu'elle déborde de chaque côté.

Au moment où je vois pour la première fois M. G..., le 17 mars, je compte huit de ces petits groupes : celui qui occupe le frein a la largeur d'une pièce de cinquante centimes ; les autres ont la dimension d'une lentille. La surface de ces petites plaies est d'un rouge vif, l'épithélium seul manque à leur niveau ; sur quelques-unes pourtant la couche la plus superficielle du derme semble légèrement érodée ; autour d'elles il existe un peu d'engorgement inflammatoire ;

elles saignent avec la plus grande facilité quand on y touche ; elles n'occasionnent qu'un peu de cuisson ; leur basé est parfaitement souple, sans aucune trace d'induration. Il n'existe pas de ganglions engorgés dans les aines.

En un mot, la lésion présente dans son ensemble l'aspect de groupes herpétiques légèrement ulcérés et enflammés.

Traitement. — Cérat opiacé, grands bains.

21 mars. — Les petites plaies n'ont aucune tendance à la cicatrisation ; leur base reste parfaitement souple ; je constate dans l'aine gauche la présence d'un ganglion dur, absolument indolent, du volume d'une amande, et, dans l'aine droite, de deux ganglions engorgés dont le plus gros a le volume d'une noisette.

28 mars. — Je revois M. G... : les petites plaies persistent et se sont même plutôt élargies, leur surface est devenue vasculaire, bourgeonnante ; elles saignent au moindre atouchement ; leur base est toujours souple ; l'engorgement indolent des ganglions persiste à droite et à gauche. Je préviens M. G..., qui doit partir le lendemain pour aller passer quelques jours dans sa famille, que j'ai déjà vu le chancre infectant débiter sous forme d'herpès et que, suivant toute probabilité, il en est ainsi dans le cas présent.

18 avril. — Je revois M. G..., qui est rentré le jour même à Paris. Voici ce qu'il me raconte : les ulcérations ont encore persisté une quinzaine de jours après son départ et se sont définitivement cicatrisées le 14 ou le 15 avril ; plusieurs jours avant de se cicatriser, elles sont devenues dures à la base. Il a d'abord consulté, dans la ville qu'habitaient ses parents, un chirurgien très-connu qui lui a déclaré que ce n'était rien ; mais n'étant pas complètement rassuré par cette réponse, il est allé trouver un médecin spécialiste qui, reconnaissant des chancres indurés, a prescrit un pansement local avec la poudre de calomel et des pilules de

protoiodure à l'intérieur. Il a déjà suivi ce traitement pendant huit jours au moment où je le revois.

Voici maintenant l'état de l'affection locale à la date du 18 avril : toutes les ulcérations sont parfaitement cicatrisées ; à la place occupée par chacune d'elles, existe une surface lisse, violacée, recouverte d'un épithélium mince, délicat ; celle qui existait au niveau du frein a détruit le repli dans la moitié environ de sa hauteur. Il existe une induration considérable occupant les deux tiers inférieurs du prépuce à droite et à gauche du frein ainsi que la portion correspondante du sillon balano-préputial, induration très-rénitente, plus prononcée à gauche qu'à droite ; il existe dans l'aîne, de chaque côté, une pléiade ganglionnaire volumineuse et indolente, formant une masse qu'on aperçoit à l'œil nu, et, de même que l'induration, plus prononcée à gauche qu'à droite ; enfin, sur le dos de la verge, des cordons lymphatiques engorgés qui vont se rendre aux ganglions correspondants.

Un peu avant de commencer le traitement mercuriel, M. G... a éprouvé du malaise, de la courbature, quelques douleurs de tête, surtout le soir, un sentiment de faiblesse générale ; actuellement ces différents symptômes ont cessé.

En ce moment de très-nombreuses taches de roséole commencent à paraître sur les flancs, la poitrine, le dos et les fesses ; j'observe en outre que la face interne de l'amygdale droite et le pilier antérieur droit commencent à se recouvrir de plaques opalines.

Traitement. — 1 pilule protoiodure 0^{re}05, vin de quinquina, grands bains alcalins et amidonnés.

Je n'ai pas l'intention de m'appesantir sur les manifestations de syphilis constitutionnelle qui se sont montrés chez lui, je me borne à les énumérer.

Le 25 avril, le malade était littéralement couvert d'une éruption très-confluente de roséole, éruption qui ne dispa-

rut entièrement que dans le courant de juin ; simultanément il présenta des plaques opalines des amygdales, des pustules du cuir chevelu, de l'engorgement des ganglions post-cervicaux ; à la fin de juin, il allait très-bien, l'induration du prépuce et du reflet avait entièrement disparu et les glandes inguinales avaient à peu près repris leur volume normal ; à la fin de juillet il n'existait plus aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ; il cessa ses visites.

En juin 1869, M. G... revint me trouver, il présentait à la partie inférieure et interne du bras droit, sur le trajet du nerf cubital, une tumeur gommeuse qui disparut en un mois sous l'influence du traitement mixte par les pilules de Sédillot et l'iodure de potassium. — Depuis lors je l'ai revu à différentes reprises, il n'a cessé de jouir d'une excellente santé.

OBSERVATION IV.

M. P..., 24 ans, étudiant en médecine. Ce malade n'a jamais eu de chancres avant l'époque actuelle ; il fait remonter les rapports sexuels qui ont précédé les lésions dont il est porteur aux 1^{er} et 6 janvier 1867 ; il s'agissait de la même femme.

Sa première visite chez moi est du 25 janvier 1867. Il me raconte que le 10 janvier il a remarqué une petite ulcération très-superficielle, d'aspect blanchâtre, dans la partie supérieure de la rainure balano-préputiale, un peu à droite de la ligne médiane ; deux jours plus tard, le 12 janvier, trois petits boutons convexes, à peine saillants, non ulcérés, se sont montrés sur le gland ; enfin, le 15 janvier, neuf autres boutons se sont montrés, tant sur le gland, le reflet que sur le prépuce.

Voici ce que je constate le 25 janvier : Il existe en tout quatorze boutons ; neuf sont disséminés à la surface du gland, tous de forme arrondie, les uns secs légère-

ment convexes, les autres ulcérés superficiellement; les cinq autres, tous exulcérés, occupent soit le reflet soit la face muqueuse du prépuce et sont disposés de la manière suivante : un dans le reflet sur la partie latérale gauche du frein, un autre également dans le reflet déjà indiqué comme étant apparu le premier, les trois derniers situés sur la moitié droite de la face muqueuse du prépuce.

Tous ceux de ces boutons qui sont ulcérés, et c'est le plus grand nombre, présentent ce caractère de l'être très-superficiellement, l'épithélium seul manque à leur niveau, leur surface peu suintante est rouge ou recouverte comme d'un léger voile jaune grisâtre; tous sont de forme arrondie; leur dimension est un peu moindre que celle d'une lentille; leur base est parfaitement souple; on n'y sent aucune rénitence.

Les aines examinées avec soin présentent les particularités suivantes : à droite on sent plusieurs ganglions, dont le plus gros a le volume d'un pois; à gauche, on en sent également plusieurs, mais moins développés qu'à droite.

Traitement. — Légère cantérisation avec le crayon de nitrate d'argent, pansement avec le vin aromatique, grands bains.

4^{er} février. — Tous les boutons existent encore à l'exception d'un seul, celui de la partie supérieure du reflet, le premier en date, qui est actuellement cicatrisé; tous ceux de la surface du gland sont maintenant ulcérés, les papuleux comme les autres; les ulcérations restent très-superficielles; elles sont arrondies; leur dimension est à peu près celle d'une lentille; on perçoit maintenant d'une façon très-nette une sensation de rénitence à leur base; celle qui est située dans le reflet à gauche du frein présente même au-dessous d'elle une véritable induration parcheminée.

Les ganglions ont augmenté de volume dans les deux aines; du côté droit cinq ou six sont engorgés; trois situés

vers le milieu de la région inguinale forment une masse unique qu'on aperçoit à l'œil nu; dans l'aîne gauche, il existe quatre ganglions du volume d'un pois; tous ces ganglions sont durs, indolents.

Comme, après ces constatations, il ne reste plus aucun doute dans mon esprit sur le caractère des lésions locales, je mets le malade au traitement mercuriel (bichlorure 0,02 centigrammes en pilules); je touche légèrement les petites plaies avec le crayon de nitrate d'argent; je prescris comme pansement de la charpie trempée dans une solution de tartrate de fer et de potasse et enfin de grands bains additionnés d'amidon et de carbonate de soude.

6 février. — La liqueur au tartrate ferrico-potassique a excité un peu trop vivement les plaies, qui se sont toutes recouvertes de bourgeons charnus peu saillants et saignent avec la plus grande facilité; leur base est toujours rénitente, il existe une véritable induration parcheminée au-dessous de celle qui occupe la partie latérale gauche du frein. Les ganglions inguinaux à droite et à gauche ont encore augmenté légèrement de volume; ils restent durs et indolents.

Les pilules de bichlorure ont produit un peu de gastralgie, je recommande au malade de n'en prendre qu'une le matin; comme pansement: charpie recouverte de céra opiacé; grands bains.

9 mars 1867. — Les ulcérations de la surface du gland, celles du reflet et de la face interne du prépuce, qui s'étaient toutes cicatrisées du 16 au 18 février, se sont rouvertes depuis; l'engorgement des ganglions inguinaux n'a nullement diminué; des taches rouge sombre, très-nettement délimitées, isolées les unes des autres, commencent à paraître sur les flancs; il existe des plaques opalines grisâtres à la face interne des amygdales. — Pansement avec la pommade au calomel; deux pilules de bichlorure; grands bains.

16 mars. — Sous l'influence de la pommade au calomel toutes les ulcérations se sont cicatrisées ; on sent encore de l'induration au niveau du frein ; les ganglions inguinaux, tout en restant très-accusés, ont cependant un peu diminué de volume ; les taches de roséole se sont un peu élargies, mais n'ont pas augmenté en nombre, les plaques opalines sont en voie de disparition. L'état général est excellent. Le traitement est bien supporté. — À continuer.

En somme ce malade n'a eu qu'une syphilis très-bénigne, j'ai cessé de le voir dans le courant de mai 1867. Un an plus tard, en juin 1868, je l'ai rencontré à l'amphithéâtre de Clamart : il n'avait pas eu d'autres manifestations syphilitiques ; depuis lors je n'ai plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION V.

Chancres infectants multiples, herpétiformes. — Périostose du tibia gauche et accidents pulmonaires survenant comme premières manifestations cinquante jours après la cicatrisation des chancres ; un peu plus tard plaques muqueuses des amygdales et double albuginite syphilitique. — Séjour à Luchon, grande amélioration. — Réapparition l'année suivante des accidents testiculaires et aussi des accidents thoraciques très-atténués. — 2^e séjour à Luchon. — Guérison de ces diverses manifestations.

M..., 32 ans, brun, maigre, constitution sèche.

Les coïts suspects remontent aux 12, 22 septembre et 1^{er} octobre 1871 ; ils ont eu lieu avec trois femmes différentes. Ce malade n'avait jamais eu auparavant d'accidents vénériens, si bien, m'a-t-il dit, qu'il avait fini par se croire invulnérable.

Il s'est présenté chez moi le 5 octobre 1871 ; — il avait sur le gland, le prépuce, la rainure balano-préputiale, sept petites érosions très-superficielles, de forme arrondie, d'aspect gris jaunâtre, peu sécrétantes, sans auréole inflam-

matoire, très-peu douloureuses. — L'examen à la loupe permettait de constater que *l'épithélium seul avait disparu à leur niveau*; le début de ces exulcérations remontait à 24 heures environ; leur base était parfaitement souple. Elles étaient ainsi réparties : deux sur la partie latérale droite du gland, non loin de la couronne, deux autres sur la face muqueuse du prépuce; des trois dernières, deux occupaient les côtés du frein, la troisième la partie latérale droite du reflet; il n'y avait pas à ce moment de trace de gonflement des ganglions inguinaux. — J'annonce néanmoins à M... que nous assistons au début d'une forme peu commune du chancre syphilitique.

12 octobre. — Les plaies persistent; leur surface, d'aspect terne, est devenue vasculaire, bourgeonnante, légèrement saillante; au-dessous d'elles on commence à percevoir très-nettement une légère induration parcheminée; dans chaque pli inguinal on trouve un ganglion lymphatique modérément engorgé (volume d'une noisette).

18 octobre. — Les deux excoriations situées sur le gland sont à peu près cicatrisées, les autres persistent; leur surface est voilée comme d'une mince couche grisâtre; elles sont devenues facilement saignantes, plus douloureuses; l'induration sous-jacente est de plus en plus prononcée; le prépuce est boursoufflé, rénitent; on sent très-nettement sur le dos de la verge des cordons lymphatiques indurés qui se rendent aux ganglions inguinaux; ceux-ci ont grossi; ils présentent de chaque côté le volume d'une amande; leur présence amène de la gêne dans la région inguinale; ils sont le siège d'un léger endolorissement; du reste leur consistance est ferme, rénitente; la peau qui les recouvre n'a pas changé de couleur; aucune menace de suppuration.

Traitement. — Je remplace par de la pommade opiacée la teinture d'iode additionnée de laudanum et le vin aro-

matique dont je m'étais servi jusque-là; j'y ajoute une pilule de protoiodure de 0^{gr} 025; — grands bains.

21 octobre. — Les petites plaies vont mieux; elles marchent vers la cicatrisation. Il existe en plus une exulcération desquamative au pourtour du méat urinaire; l'induration devient de plus en plus évidente, les ganglions inguinaux ont conservé leur volume, mais ils n'occasionnent plus aucune gêne; — une pilule de protoiodure de 0^{gr} 05.

3 novembre. — Les ulcérations sont entièrement cicatrisées; les cicatrices sont minces, de niveau avec les parties voisines; au-dessous de chacune d'elles on sent une plaque d'induration de médiocre épaisseur; le gonflement du prépuce a diminué ainsi que l'engorgement des glandes inguinales. Il n'est survenu jusqu'ici aucune manifestation constitutionnelle; on continue le protoiodure 0^{gr} 05.

24 novembre. — Depuis quelques jours, M... éprouve de violentes migraines, contre lesquelles je prescris de petites doses d'iodure de potassium (0^{gr} 50 par jour). Aucune éruption du côté de la peau ni des muqueuses; les cicatrices du prépuce et du reflet restent doublées d'un tissu épais et dur; les glandes inguinales demeurent engorgées principalement du côté droit.

Même état le 9 décembre — aucune manifestation constitutionnelle.

26 décembre. — Le malade ressent depuis trois jours, vers le milieu de la face interne du tibia gauche, une douleur intense qui le réveille la nuit et le fait boiter un peu le jour; en appuyant au niveau de l'endroit douloureux, on y réveille de la douleur et on y sent manifestement un gonflement diffus qui fait bomber la face interne du tibia (périostite); le malade est en outre atteint depuis quinze jours environ d'une toux fréquente, tenace, qui le fatigue beaucoup.

Traitement. — Une pilule de protoiodure 0^{gr} 05 ; frictions sur le tibia avec onguent napolitain belladonné.

16 janvier 1872. — Toute trace de périostose a disparu sous l'influence du traitement interne et des frictions mercurielles continuées pendant quinze jours; la toux persiste et fatigue beaucoup le malade; on cesse tout traitement spécifique.

27 février. — La toux n'a pas diminué, le malade perd ses forces, il a maigri d'une manière très-notable; à l'auscultation on ne constate rien autre chose que de la faiblesse du murmure vésiculaire en avant et en arrière, des deux côtés de la poitrine.

26 mars. — Depuis quinze jours recrudescence marquée dans les phénomènes morbides thoraciques; M... maigrit, tousse beaucoup, éprouve tous les jours vers quatre heures du soir un accès de fièvre mal caractérisé, il garde complètement la chambre; M. Lasèque, appelé, constate l'obscurité de la respiration dans les deux poumons en avant et en arrière; pas de matité à la percussion, toutefois un peu de diminution de la sonorité au niveau des gouttières vertébrales; pas de râles ni d'expiration prolongée; pas de signes apparents de syphilis constitutionnelle — on prescrit des ventouses sèches sur la poitrine et, à différentes reprises, un vomitif pour imprimer des secousses à l'appareil pulmonaire et tâcher d'en diminuer la congestion.

Sous l'influence de ce traitement, du séjour à la chambre, il se produit une certaine amélioration; la toux est moins fréquente; l'appétit et le sommeil sont bons.

Dans le courant d'avril M... part pour Nice, il ne s'était toujours pas produit de nouvelles manifestations de syphilis constitutionnelle.

7 juin. — Je revois M..., qui est revenu de Nice depuis quelques jours seulement; les quintes de toux ont

cessé, l'état général s'est amendé, les forces sont en partie revenues; l'amaigrissement est arrêté; à l'auscultation les poumons sont plus perméables en avant et en arrière.

Particularité à noter. — Depuis un mois environ, les piliers antérieurs du voile du palais et la face interne des amygdales sont recouverts de plaques muqueuses ulcérées très-confluentes. — M..., qui a étudié la médecine plusieurs années, ne s'est pas mépris sur la nature de cet accident; il s'est remis de lui-même au traitement mercuriel et a touché les parties malades avec la teinture d'iode.

— Je constate sur la face antérieure des deux piliers antérieurs la présence de plusieurs plaques grisâtres, saillantes, de la dimension d'une lentille; les amygdales sont gonflées, saillantes; leur face interne est recouverte de plaques muqueuses d'un gris sale, ulcérées; — sensation douloureuse en avalant; — défense de fumer; on continuera le traitement mercuriel à l'intérieur et les applications de teinture d'iode sur les amygdales. Pas d'autres manifestations constitutionnelles.

11 juin. — Les piliers et les amygdales sont à peu près dans le même état que la dernière fois, mais il est survenu un autre incident: les deux testicules sont gonflés, sensibles, celui de gauche plus particulièrement. — Examiné de plus près, ce dernier est douloureux à la pression et présente une augmentation notable de volume principalement vers son bord postérieur au niveau du corps d'hygmore (albuginite syphilitique). Rien du côté des épидидymes.

Je cautérise les amygdales avec le crayon de nitrate d'argent; je prescris 0^{gr} 03 de protoiodure à l'intérieur, une friction par jour sur les bourses avec de l'onguent napolitain belladonné.

17 juin. — Le 13, nouvelle cautérisation des amygdales. — Aujourd'hui je constate la disparition à peu près com-

plète des plaques muqueuses de la gorge ; le testicule droit a repris son état normal, le gauche a diminué de volume, mais il reste gonflé au niveau de son bord postero-supérieur, principalement du côté interne. — On continue le même traitement.

21 juin. — L'angine est complètement guérie ; — nouvelle poussée du côté de la tunique albuginée du testicule gauche ; — celui-ci est gonflé, douloureux ; on sent au toucher que l'albuginée présente en différents endroits des épaissements par plaques ; le malade se trouve sous le coup de la fièvre ; — quelques douleurs erratiques dans les muscles sterno-mastoïdiens. — Néanmoins l'état général va plutôt en s'améliorant ; retour des forces, bon appétit, sommeil. — Au protoiodure j'ajoute 0^{gr} 60 d'iodure de potassium. Je fais appliquer sur le testicule un emplâtre de Vigo.

24 juin. — L'emplâtre a été enlevé ce matin. — Le testicule est moins gros ; il n'est plus douloureux à la pression, ni pendant la marche ; on sent toujours néanmoins un gonflement dur au niveau de son bord postero-supérieur ; — deux tubercules syphilitiques du volume d'un pois, durs, cuivrés, sont apparus à la jambe gauche ; un troisième sur la cuisse du même côté ; amygdales intactes. Protoiodure 0^{gr} 05. Iodure de potassium 1 gramme.

29 juin. — Il reste à peine un peu d'induration au niveau du corps d'hygmore, plus de douleur ; — rien du côté des amygdales ; il n'existe plus de tendance à la fièvre. — La toux a presque entièrement disparu ; — état général bon ; on continue le traitement.

6 juillet. — Le malade, d'après mon conseil, part pour Luchon où je l'adresse au Dr Lambron avec l'observation détaillée qu'on vient de lire.

La persistance et le caractère des accidents thoraciques m'avaient en effet vivement frappé ; on avait pu redou-

ter un moment le développement d'une tuberculisation pulmonaire; je crois que M. Lasègue avait éprouvé une crainte de ce genre. Pour ma part, réfléchissant à la marche anormale qu'avaient suivie les manifestations de syphilis constitutionnelle chez ce malade (il avait présenté comme premier phénomène objectif une périostose le 26 décembre, cinquante jours après la cicatrisation des chancres, puis des plaques muqueuses des amygdales et une double albuginite syphilitique), je m'étais demandé si la syphilis était demeurée étrangère à la production des accidents pulmonaires ou bien si ce n'était pas elle au contraire qui avait imprimé à ces accidents leur cachet particulier; j'inclinai vers cette dernière hypothèse; j'étais disposé à admettre qu'aucune poussée ne s'étant faite jusque-là du côté de la peau, les poumons avaient en quelque sorte payé la dette de l'enveloppe tégumentaire; je m'exprimais dans le sens que je viens d'indiquer à la fin de l'observation que je remis au malade pour l'édification du Dr Lambron.

Qu'on le remarque bien, ce n'était pas une question oiseuse que celle de la nature des accidents pulmonaires, car on aurait pu redouter une excitation trop vive des eaux thermales de Luchon dans le cas où les symptômes présentés par le malade, l'hiver précédent, auraient été dus à la menace de l'invasion d'une phthisie tuberculeuse.

Dès le 11 juillet, trois jours après son arrivée à Luchon, M... m'écrivait pour me faire connaître l'opinion de M. Lambron: elle était tout à fait affirmative dans le sens de la nature syphilitique des accidents pulmonaires; M. Lambron les considérait comme produits par des lésions semblables à celles qui avaient existé du côté du périoste et des deux tuniques albuginées; il s'agissait pour lui d'un épaissement du tissu cellulaire interlobulaire et péri-alvéolaire, épaissement qui avait amené un certain degré de compression des alvéoles pulmonaires et par suite de l'ob-

scurité dans le murmure respiratoire en même temps qu'un peu de diminution de la sonorité à la percussion. M. Lambron aurait ajouté, au dire de mon malade, que, plusieurs fois déjà, il avait observé une forme analogue d'accidents thoraciques chez des personnes atteintes de syphilis.

M... séjourna à Luchon du 8 juillet au 28 août et pendant tout ce temps il subit, outre la médication thermale, un traitement énergique par le bichlorure de mercure et l'iodure de potassium employés simultanément. Ce traitement fut parfaitement toléré malgré les doses énormes de bichlorure prescrites. (Ces doses, de 0^{gr} 40 centigrammes pendant la première semaine, avaient été portées par suite d'une augmentation de 10 centigrammes chaque semaine à 90 centigrammes pendant la dernière, c'est-à-dire environ 0^{gr} 13 centigrammes par jour; quant à l'iodure de potassium la dose en avait été élevée progressivement de 10 grammes pour la première semaine à 20 grammes pour la dernière.)

Lorsque je revis ce malade à son retour de Luchon au commencement de septembre 1872, il allait très-bien; la coloration du teint était meilleure; l'appétit, la digestion et le sommeil étaient bons; les forces étaient revenues; la toux avait cessé et la respiration s'entendait bien.

Les lésions des tuniques albuginées avaient disparu; on n'y sentait plus ni épaissement ni induration; enfin les érections qui étaient devenues très-rares depuis l'apparition des lésions testiculaires se montraient avec la même fréquence qu'avant la maladie.

Il fut convenu que M... continuerait pendant trois mois à prendre de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

15 mai 1873. — Le malade, que je n'avais pas vu depuis huit mois environ, se présente de nouveau chez moi: il me raconte qu'ayant mal supporté l'iodure de potas-

sium, il n'en a pris que pendant un mois au lieu de trois; il a d'ailleurs passé l'hiver d'une façon satisfaisante, se couchant chaque jour vers trois heures du matin, reprenant en cela une habitude qui date chez lui de plusieurs années. En ce moment il tousse; à l'auscultation on trouve un peu de faiblesse du murmure vésiculaire en arrière des deux côtés et aussi en avant surtout du côté gauche. Les têtes des deux épидидymes sont dures et gonflées, celle de droite plus que celle de gauche; il existe en outre à droite de l'épaississement de la face interne de la tunique albuginée, épaississement auquel semblent participer quelques-unes des cloisons qui s'en détachent pour se diriger vers le centre de la glande; le testicule droit est douloureux, spontanément et à la pression.

Traitement. — Frictions sur les bourses avec 4 grammes d'onguent napolitain, 1 gramme d'iodure à l'intérieur, bains de Barèges.

21 mai. — Le gonflement de la tête des épидидymes a diminué ainsi que celui de l'albuginée droite; la douleur qui existait spontanément n'existe plus qu'à la pression; la toux a également diminué. — Continuer le même traitement. Il est convenu que le malade retournera à Luchon.

NOTA. — Je n'avais pas revu M... depuis le 21 mai, lorsque je l'ai rencontré le 25 février 1874. Il avait passé une seconde saison à Luchon en 1873 et jouissait alors d'une santé assez satisfaisante, malgré une vie qu'il rendait passablement fatigante; il n'avait plus aucune manifestation de syphilis constitutionnelle; il toussait seulement un peu.

OBSERVATION VI (rédigée par le malade).

M. X..., étudiant en médecine, 25 ans environ, maigre, de taille moyenne.

En octobre 1872, le lendemain d'un coït (le coït antérieur avait précédé d'un mois environ celui qui est indiqué ici; femme différente), il aperçut sur le côté gauche du méat urinaire deux boutons à forme herpétique qui, soignés par des applications de sous-nitrate de bismuth, disparurent au bout de trois jours.

Vingt-quatre heures après, à la base du gland, surgirent d'autres boutons de même nature; bientôt ce furent des ulcérations; on en remarquait trois surtout indolentes, peu profondes, à fond rouge, de petite étendue: sécrétion d'une matière assez abondante pour suinter à travers une couche de bismuth appliquée, comme poudre isolante, sur les ulcérations.

Fin octobre. — La cicatrisation commença et parut à X... assez avancée pour avoir sans danger un nouveau coït. Le coït fut très-douloureux. Dix heures après, trois larges plaques rouges enflammées avaient remplacé les trois ulcérations: inflammation de la muqueuse du sillon balano-préputial (côté droit). Boursofflure de la muqueuse du prépuce. Quelques ganglions inguinaux du côté droit correspondant aux ulcérations sont enflammés, douloureux au toucher et pendant la marche. Ecoulement séro-purulent peu abondant.

Traitement. — Applications de sous-nitrate de bismuth, lotions d'eau blanche.

Les ulcérations se cicatrisaient bien; mais, malgré les soins de propreté, d'autres poussées soi-disant herpétiques les remplaçaient immédiatement.

Mi-novembre. — Cicatrisation complète, mais le tissu cicatriciel sur le côté droit du sillon balano-préputial présentait une certaine induration.

Fin novembre. — A la suite de libations copieuses, X... eut un coït, sinon plusieurs fois répété, du moins bien souvent essayé; le lendemain, prurit assez vif sur toute la sur-

face du gland. Il n'y fit point attention, passa la nuit suivante à boire seulement. En se levant il constata (côté gauche du méat urinaire) une éruption de vésicules réunies en groupe : cuisson, tension très-douloureuse du prépuce qui s'enflamme du *côté gauche* ; phimosis partiel. Le jour d'après, apparition sur la partie médiane du gland, *côté droit*, d'ulcérations nombreuses et douloureuses. Une suppuration très-abondante se manifeste : pus de mauvaise nature, fétide, verdâtre ; dès lors phimosis complet. Le prépuce se prolonge très en avant du gland, qui est refoulé en arrière. Le côté droit du prépuce est très-tendu.... Injections multiples, entre le prépuce et le gland, d'eau blanche très-concentrée.

12 décembre. — X... était au café jouant aux cartes. Une hémorrhagie de la verge, très-abondante, se déclara ; elle fut à l'instant même attribuée à des ulcérations, inconnues grâce au phimosis, qui avaient rongé le frein du gland.

Dès cette époque le malade garde le repos le plus absolu. X... a de l'enrouement attribué par lui à un abus exagéré de la pipe, mais reconnu plus tard comme provenant de plaques muqueuses ; croûtes à la tête, taches rouges très-discrètes sur le tronc, demi-confluentes sur la partie antérieure de la cuisse droite. Pas d'engorgement des ganglions sous-occipitaux.

23 décembre. — Arrêt de la suppuration.

24 décembre. — Pas de pus : le malade sort et se promène toute l'après-midi.

25 décembre. — X... par des tractions multiples parvient à ramener en arrière le prépuce, qui en se retirant produit un bruit parcheminé. Ce jour-là ; la moitié antérieure du gland fut seule mise à découvert ; alors apparut une ulcération elliptique, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. On ne put dès lors en distinguer ni le fond ni les bords, car, grâce aux injections multiples, l'ulcération était

recouverte par un dépôt (1/4 centimètre hauteur) de sous-acétate de plomb.

26 décembre. — Phimosis radicalement guéri. Ulcérations nombreuses sur toute la surface du gland. Le sillon balano-préputial (côté droit) présente une induration et une couleur blanche cicatricielle. Induration de toute la muqueuse du prépuce.

État général du malade depuis sa maladie : perte de sommeil la nuit, inappétence, perte de forces.

Le 30 décembre 1872, présentation au docteur Dubuc, qui, au grand étonnement de X..., constate l'existence d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par la persistance de l'induration de la partie droite du reflet et du prépuce, par la présence des ganglions engorgés dans l'aîne droite, par des croûtes de la tête, de la roséole du tronc et des cuisses, des plaques muqueuses ulcérées des amygdales.

En résumé, lorsque ce malade vint me trouver, le 30 décembre 1872, deux mois et demi ou trois mois après le début des lésions initiales (celles-ci, d'après ce qu'il me dit, avaient commencé dans les premiers jours d'octobre), il était atteint d'accidents constitutionnels bien manifestes dont l'énumération a été faite plus haut, manifestations dont il avait constaté l'existence dès le 12 décembre, sans, il est vrai, en soupçonner la nature. C'est d'après les commémoratifs que j'ai cru reconnaître chez lui l'existence d'un chancre induré herpétiforme ; j'ai été confirmé dans cette opinion par l'erreur de diagnostic dont il avait été l'objet ; on l'avait en effet considéré comme atteint d'un herpès insignifiant : c'était l'opinion d'un médecin très-instruit, son chef de service. Il est arrivé ici ce qui m'était arrivé pour mon premier malade : l'idée d'herpès résultant de l'insignifiance des lésions initiales s'était tellement imposée que, lorsque plus tard l'affection prit sa signification réelle

par l'apparition de l'induration et de la pléiade ganglionnaire inguinale, cette signification fut méconnue ; aussi le malade fut-il fort surpris d'apprendre de ma bouche qu'il était atteint de syphilis constitutionnelle.

L'irrégularité de la marche des ulcérations du gland et du reflet chez ce malade trouve facilement son explication dans les excès de coït et de boisson auxquels il s'est livré pendant qu'il en était porteur.

Celles de la première poussée étaient définitivement cicatrisées le 15 novembre, laissant à leur suite de l'induration de la partie droite du reflet et de l'engorgement des ganglions inguinaux correspondants. Celles de la seconde poussée, survenue à la fin de novembre après de nouveaux excès et tirant de ces excès mêmes un caractère de gravité beaucoup plus accentué, étaient probablement constituées par des accidents secondaires.

Dès le 12 décembre, en effet, le malade constatait lui-même la présence de taches de roséole, de croûtes du cuir chevelu; elles avaient été précédées d'un herpès vésiculeux véritable, ce qui se voit assez souvent en pareille circonstance ; elles n'étaient pas encore cicatrisées lorsque le malade vint me trouver à la fin de décembre, mais elles cédèrent assez rapidement sous l'influence du mercure à l'intérieur et de légères cautérisations avec le crayon suivies d'applications de pommade opiacée.

Les autres manifestations constitutionnelles disparurent dans l'espace de trois mois environ, et quand je revis le malade, le 25 septembre 1873, il était pour le moment exempt de tout accident syphilitique.

Il résulte des faits que je viens d'exposer qu'on observe parfois chez l'homme une variété de chancre syphilitique qui diffère de celles qui sont communément décrites dans les auteurs; c'est à cette variété que je propose d'appliquer

la dénomination de *chancre syphilitique multiple herpétiforme*. Les observations III, IV et V citées plus haut vont me permettre d'en tracer la physionomie; je l'envisagerai aux trois périodes de début, d'état et de cicatrisation.

Période de début. — A cette période le chancre syphilitique herpétiforme est constitué par des exulcérations multiples, siégeant sur la muqueuse du gland, du prépuce et du reflet: j'en ai compté suivant les cas 7, 8, 10, 14; il est possible que dans certains cas on en rencontre encore davantage. Chez un de mes malades il existait sur le gland, outre les ulcérations, de petits boutons secs, convexes, à peine saillants, qui s'ulcérèrent plus tard.

Quant aux ulcérations, elles présentent pour caractère d'être extrêmement superficielles. Ce sont à la vérité de simples desquamations épithéliales; elles sont planes, lisses, sans bords, rouges, rougeâtres ou d'aspect terne et, dans certains cas, comme voilées d'une mince pellicule membraneuse extrêmement adhérente; leur forme est arrondie, ovale ou légèrement irrégulière; leurs dimensions, au début, sont environ celles d'une lentille, un peu moins ou un peu plus; elles sont indolentes ou ne déterminent qu'une légère cuisson, parfaitement souples à la base.

Cette période, d'après mes observations, peut durer de huit à vingt jours; lorsqu'elle se prolonge autant, on rencontre des ganglions engorgés dans les aines, alors que la base des exulcérations est encore parfaitement souple; dans les cas que j'ai observés l'engorgement des ganglions a précédé de plusieurs jours la constatation de l'induration des petites plaies.

On comprendra sans peine, d'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, qu'il soit difficile à cette période de se prononcer d'une manière formelle sur la nature des lésions.

Période d'état. — A la période d'état les lésions se ca-

ractérisent davantage ; les ulcérations sont devenues moins superficielles, elles érodent le derme sans jamais le creuser profondément à moins de complications : leur surface est devenue vasculaire, bourgeonnante, facilement saignante ; quelquefois elle fait une légère saillie, de sorte que chaque ulcération prend l'aspect d'une petite plaque muqueuse ; leurs dimensions s'accroissent un peu ; la plupart ne dépassent guère la grandeur d'une lentille ; au milieu d'elles on en peut trouver une plus grande ayant, par exemple, la dimension d'une pièce de 50 centimes (Obs. III).

La sécrétion, à moins de complications inflammatoires, n'est jamais très-abondante : c'est un liquide ichoreux, séreux, séro-purulent plutôt que purulent.

A cette période, il se produit un fait important qui accentue la signification des lésions ; je veux parler de l'induration de leur base ; pour la plupart c'est plutôt une sensation de fermeté, de rénitence, qu'une induration véritable (induration foliacée) ; pour d'autres on observe à la base cette variété d'induration que M. Ricord a désignée sous le nom de *parcheminée* ; plus rarement on rencontre l'induration type volumineuse.

Un caractère qui m'a frappé chez plusieurs de mes malades, caractère déjà signalé pour d'autres formes de chancres syphilitiques par le docteur Aimé Martin, c'est que le *prépuce* devenait *dur, gonflé, rénitent* dans la plus grande partie de son étendue ; cela s'explique sans peine, puisqu'il est généralement le siège d'ulcérations nombreuses. J'ai particulièrement observé ce fait chez des malades (Obs. III et V) dont les vaisseaux lymphatiques indurés se sentaient sous forme de cordons sur le dos de la verge et se rendaient de la lésion aux glandes inguinales.

L'engorgement des ganglions inguinaux que j'ai signalé dès la première période a pris tout son développement à la seconde. Chez plusieurs de mes malades il était très-

prononcé, au point d'être visible à l'œil nu ; dans tous les cas il existait des deux côtés, ce qu'il faut attribuer au grand nombre des lésions ; il était plus marqué du côté où les lésions étaient elles-mêmes plus accentuées ; cet engorgement dur, rénitent, généralement indolent a été un peu douloureux chez deux de mes malades (Obs. V et VI) sans que jamais il y ait eu menace de suppuration.

Cette période d'état, que je fais commencer au moment où l'on perçoit l'induration, dure en moyenne de dix à quinze jours.

Période de cicatrisation. — Cette période marche très-rapidement, elle ne commence pas en même temps pour toutes les petites plaies, les unes sont déjà entièrement cicatrisées que d'autres persistent encore. Lorsque les petites ulcérations vont se cicatriser, on les voit se rétrécir, se sécher, puis se recouvrir d'une couche épithéliale très-mince ; les cicatrices minces, violacées, à peine déprimées ne tardent pas à disparaître sans laisser de traces.

Les indurations restent parfaitement accusées au moment de la cicatrisation des plaies, ainsi que le boursofflement du prépuce et l'engorgement des ganglions inguinaux ; ces phénomènes ont disparu chez les malades que j'ai observés dans un intervalle qui a varié entre un mois et deux mois et demi, à dater de la cicatrisation des plaies.

La durée totale du chancre syphilitique herpétiforme a varié dans mes observations d'un mois à six semaines ; nul doute qu'il ne pût durer davantage s'il survenait des complications inflammatoires.

De cette description, que j'ai tâché de rendre aussi exacte que possible, il me semble résulter qu'on peut considérer l'affection, dans son ensemble, comme constituée par un chancre unique à manifestations multiples aussi bien que par de nombreux chancres distincts les uns des autres et

simplement juxtaposés ; je dirais, si je l'osais, que c'est un chancre unique à facettes multiples.

C'est là ce qui, outre les caractères objectifs du début, différencie le chancre herpétiforme des autres chancres syphilitiques multiples qu'on rencontre fréquemment dans la pratique (une fois sur cinq environ) avec une individualité parfaitement distincte et qui ont été signalés par tous les auteurs.

Le *diagnostic* ne présente de difficulté véritable que pendant la première période ; mais cette période peut être de longue durée ; ainsi chez mon malade de l'observation III, les petites exulcérations avaient commencé le 8 mars, et le 28 du même mois elles étaient encore souples à la base ; du moins, je n'y percevais alors aucune sensation d'induration.

C'est avec l'herpès que la confusion est possible pendant cette période ; je ne parle pas de l'herpès vésiculeux et formant un groupe unique, mais bien de l'herpès disséminé et exulcéré ; c'est toujours le diagnostic *herpès exulcéré* qu'on est tenté de porter lorsqu'on a sous les yeux un chancre syphilitique multiple herpétiforme à son début.

Voici quelques signes distinctifs qui m'ont paru les différencier ; je passe sous silence la sensation de prurit, de cuisson, qui précède l'apparition de l'herpès et qu'on ne rencontre pas au début du chancre ; c'est là un phénomène peu important, pour lequel on est obligé d'ailleurs de s'en rapporter au malade.

Les meilleurs signes distinctifs m'ont semblé être les suivants : le fond des exulcérations, quand il s'agit du chancre, m'a paru d'un rouge plus vif (couleur chair musculaire) que dans l'herpès ; ces exulcérations, sans présenter de traces d'inflammation, sont beaucoup plus facilement saignantes ; enfin, loin de montrer comme l'herpès une tendance à la cicatrisation rapide, elles montrent une tendance inverse et cela sans complication inflammatoire ;

il y a dans l'ensemble de leur physionomie, surtout quand on a eu déjà l'occasion de les observer, quelque chose qui met en garde contre leur bénignité apparente.

Un caractère important sur lequel a insisté avec raison le docteur Alfred Fournier dans le diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès ulcéré, c'est que les groupes herpétiques exulcérés sont limités par une circonférence composée de segments de cercles, polycyclique comme il l'appelle; cela s'explique, puisque chaque groupe au début a été constitué par un certain nombre de vésicules; les exulcérations du chancre herpétiforme ne présentent pas ce caractère; leur circonférence est sous ce rapport régulière, d'une seule ligne, pour ainsi dire.

Enfin, et c'est là un caractère indirect d'une grande importance, chez les malades que j'ai observés, l'engorgement des glandes inguinales s'est montré de bonne heure; ainsi, chez mon malade de l'observation III j'ai constaté, dès le 21 mars, des ganglions volumineux, durs, indolents dans les deux aines, alors que la base des ulcérations était encore parfaitement souple. L'herpès peut à la rigueur amener du gonflement des glandes inguinales, mais ce n'est que lorsqu'il est enflammé, que le sujet est lymphatique; presque toujours d'ailleurs le gonflement est ou a été douloureux.

A la période d'état on pourrait, dans certains cas, si on ne tenait pas compte des commémoratifs, confondre les ulcérations du chancre herpétiforme avec des plaques muqueuses secondaires; en pareille circonstance l'erreur serait peu importante, puisqu'elle n'entraînerait pas dans une fausse direction quant à la nature de la maladie et quant au traitement.

Dans les différents auteurs que j'ai consultés, je n'ai pas trouvé le chancre syphilitique multiple herpétiforme signalé d'une manière expresse chez l'homme; je m'attendais à ce

que le docteur Fournier, qui a si bien vu et si bien décrit des lésions analogues chez la femme, en aurait donné une description dans son article CHANCRE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ; je me suis reporté à cet article, mais il ne renferme que la description du chancre simple.

J'ai rencontré dans le *Traité des maladies vénériennes* de M. Rollet (p. 636) un passage qui, bien que peu explicite, se rapporte peut-être à la variété de lésion que j'ai en vue dans ce travail.

Voici comment s'exprime cet excellent observateur dans le passage en question : « Ce qui arrive parfois, ce qui doit inspirer au praticien une grande réserve, c'est le fait suivant : Un malade se présente avec une simple écorchure du gland ou du prépuce, avec un herpès ou une balano-posthite partielle ou générale ; on est tout disposé à le rassurer en ne lui prescrivant, et cela avec raison, qu'un traitement simple. Puis ce malade revient guéri de ces affections en quelque sorte prémonitoires, mais avec tous les symptômes d'un chancre syphilitique développé à la place qu'occupaient celles-ci. M. Gusco (*Gaz. des Hôp.*, 1862, p. 270) a beaucoup insisté sur l'herpès *præputialis* comme phénomène avant-coureur du chancre syphilitique. Je signale de mon côté ces faits comme beaucoup plus fréquents et beaucoup plus insidieux qu'on ne pense. »

Voici maintenant comment s'exprime le docteur Fournier relativement au chancre desquamatif, érosif chez la femme (*loc. cit.*, p. 83) : « Quel est donc le chancre à sa période initiale ? si peu de chose, que je puis sans exagération le qualifier de la façon suivante : la plus petite, la plus superficielle, la plus bénigne, la plus insignifiante de toutes les lésions possibles. — Ce n'est pas quelque chose, pour ainsi dire, c'est moins que rien ; à ce point que la première ou les premières fois qu'on est appelé à constater le chan-

cre sous cette forme et à cet âge, on y est toujours trompé; et il est impossible qu'on ne s'y trompe pas.

« Ce qu'on voit, en effet, à cette époque, c'est une érosion rudimentaire très-limitée, de l'étendue d'une petite lentille, d'un grain d'orge, d'un grain de blé; — érosion quelquefois arrondie ou même parfaitement circulaire, d'autres fois ovulaire, allongée, tissulaire; — érosion plane, de niveau avec les parties voisines, sans arête circonferentielle et sans bords par conséquent; — érosion rouge ou rougeâtre généralement, mais n'affectant aucune coloration spéciale; — érosion fournissant à peine un imperceptible suintement séreux; — érosion enfin à base insignifiante ou tout au plus très-légèrement épaissie; quelquefois peut-être en palpant très-soigneusement, en roulant entre les doigts les téguments sur lesquels repose cette érosion, parvient-on à saisir la sensation d'une rénitence très-circonscrite; mais de ce signe lui-même on ne saurait rien déduire de certain. »

On voit, d'après cette description, que chez la femme, et cela non pas d'une manière exceptionnelle, mais huit fois sur dix au moins, d'après le Dr Fournier, le chancre syphilitique affecterait, sinon quant à la physionomie d'ensemble, du moins quant à la lésion anatomique, une forme tout à fait semblable à celle que j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de fois chez l'homme dans le chancre syphilitique herpétiforme.

Le pronostic du chancre syphilitique multiple herpétiforme en tant que lésion locale n'est pas grave.

Le traitement ne m'a paru présenter aucune indication particulière; il faut, si l'on veut obtenir la cicatrisation rapide des ulcérations, s'abstenir de topiques irritants; la pommade opiacée additionnée ou non de précipité blanc m'a semblé constituer le mode de pansement le plus utile.

Que si, après avoir énuméré tout ce qui a trait à l'accident initial, nous passons maintenant aux accidents constitution-

nels dont il est l'exorde, les observations détaillées que j'ai rapportées plus haut nous offriront à cet égard un certain genre d'intérêt. S'il était permis de tirer des conclusions rigoureuses d'un nombre de faits aussi restreint, on serait porté à admettre que le chancre syphilitique multiple herpétiforme est, en général, le premier chaînon d'une syphilis grave ou tout au moins intense.

Rappelons-nous, en effet, l'histoire de nos malades : chez deux d'entre eux (Obs. I et V) la syphilis a été grave, et ni l'un ni l'autre n'est encore exempt de ses atteintes. Chez le malade de l'observation II, la période secondaire était caractérisée par des accidents très-accentués, et en outre, quatre mois à peine après la cicatrisation des chancres il existait déjà des exostoses des cubitus et du gonflement diffus de la face interne des tibias. J'ignore quelle marche la maladie a suivie depuis chez lui, l'ayant perdu de vue de bonne heure. Le malade de l'observation III a eu des accidents secondaires assez bénins ; seulement, deux ans plus tard, il présentait une tumeur gommeuse à la face interne du bras droit sur le trajet du nerf cubital. Les malades des observations IV et VI ont eu des accidents secondaires légers, mais l'un a été perdu de vue après un court intervalle, et chez le dernier le début de la syphilis ne remonte guère qu'à un an de date ; ce sont donc, au point de vue où nous nous plaçons en ce moment, des malades dont les observations sont incomplètes.

Enfin, pour terminer, je rappellerai la marche irrégulière qu'a suivie la syphilis chez le malade de l'observation V, les accidents thoraciques prolongés et graves dont il a été atteint à une époque rapprochée du début de l'infection, accidents que, pour des raisons que je n'ai pas à énumérer de nouveau, le Dr Lambron et moi nous avons cru devoir rattacher à la diathèse syphilitique.

II.

HOPITAL SAINT-LOUIS,

Service de M. le D^r LALLIER.

Observations recueillies par M. A. BARÉTY, interne
du service.

(Suite et fin.)

II^e OBSERVATION. — *Syphilis* datant de 4 ans. — Un an après l'accident primitif : apparition de deux tumeurs gommeuses, l'une à la partie interne et moyenne du bras, l'autre à la partie inférieure du bord cubital de l'avant-bras droit. Anesthésie cutanée de la main, surtout des deux derniers doigts. *Atrophie des muscles interosseux de la même main.* — Différence de température entre les deux mains. — Depuis le développement des tumeurs gommeuses et des accidents locaux auxquels elles ont donné lieu : *apparition tous les trois mois environ de vésicules phlycténoides le long du bord interne ou cubital du petit doigt ou d'une phlyctène à l'extrémité de ce doigt de la main droite.* Traitement par les mercuriaux (par les voies digestives et le tissu cellulaire sous-cutané) et l'iodure de potassium avant l'entrée. Disparition des gommes et guérison d'une induration indolente du testicule gauche survenue quelque temps après. Persistance de l'anesthésie cutanée de la main et de l'atrophie musculaire des interosseux. — Plus tard, admission du malade à l'hôpital Saint-Louis pour des ulcérations siégeant à la jambe gauche. Traitement par l'emplâtre de Vigo et l'iodure de potassium. Guérison des ulcérations, persistance des lésions du bras droit (anesthésie, atrophie musculaire, etc.), malgré l'emploi de l'électricité, longtemps continué.

Le nommé G... (Charles), âgé de 49 ans, polisseur sur marbre, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, le 20 mars 1872.

Ce malade est admis pour des ulcérations de la jambe gauche existant depuis un an environ. On constate en même temps une atrophie des muscles interosseux de la main droite.

Antécédents. — Sa mère est morte de phthisie pulmonaire à l'âge de 33 ans. Son père, âgé de 83 ans, est gouteux; un de ses frères l'est aussi, et lui-même a éprouvé plusieurs accès douloureux de goutte, localisés aux gros orteils. Actuellement, on remarque une saillie dure et fixe en haut et en dedans de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

Il dit avoir fait des excès de boisson.

Il y a 4 ans il eut un chancre du prépuce, pour lequel il fut admis et traité à l'hôpital du Midi. Il prit des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium. Il sortit après 2 mois 1/2 de séjour, n'ayant présenté (dit-il) aucune éruption (?), si ce n'est deux plaques muqueuses sur la lèvre inférieure.

Quatre mois après, il eut sur les membres une éruption rupioïde discrète qui a laissé des cicatrices lisses, blanches, et au niveau desquelles les poils font défaut.

Un peu plus tard, un an après l'accident primitif, il fut pour cette éruption admis une deuxième fois à l'hôpital du Midi.

A la visite, le D^r Liégeois constata l'éruption et découvrit à la partie moyenne et interne du bras droit une tumeur indolente du volume et de la forme d'un œuf de poule ayant son grand axe parallèle à celui de l'humérus. Il existait aussi une petite saillie molle, légèrement douloureuse par la pression, à la partie inférieure du bord

cubital de l'avant-bras. Ces deux tumeurs furent considérées comme des *gommes*.

Il prit de nouveau de l'iodure de potassium. De plus, M. Liégeois fit sous la peau du dos 40 à 50 injections de sublimé.

Après deux mois de séjour il sortit de nouveau. A ce moment, les croûtes de son éruption avaient disparu et laissé des cicatrices qui ont persisté et dont il a été fait mention plus haut. A la place de la tumeur gommeuse du bras, il restait un petit noyau qui ne tarda pas à disparaître.

Peu de jours après sa sortie de l'hôpital, il s'aperçut que le testicule gauche augmentait de volume, sa consistance était dure, et il était indolent (testicule syphilitique?). Il fit usage de l'emplâtre de Vigo, puis de l'iodure de potassium. Le testicule malade ne diminua de volume qu'au bout de 4 mois. Aujourd'hui, il est toujours indolent et un peu plus consistant et volumineux que celui du côté opposé.

Pendant ce deuxième séjour à l'hôpital, il fut pris d'ictère et souffrit en même temps d'un anthrax situé au-dessous de la pointe de l'omoplate. Mais ce qu'il importe surtout de noter, ce sont les accidents qui survinrent du côté du bras, siège des deux tumeurs gommeuses.

Au moment où ces tumeurs existaient, il éprouvait des tiraillements fréquents le long du bord interne du bras correspondant, depuis le côté interne du coude jusqu'à l'extrémité des deux derniers doigts, et surtout du petit; jamais il n'a ressenti de ces tiraillements le long du bras proprement dit.

Puis il s'est aperçu que sa main droite était plus faible, qu'il en était plus maladroit, et il ne tarda pas à remarquer que *le bord interne de la main était devenu plus mince et que l'espace situé entre le pouce et l'index se creusait*; jamais il n'a constaté de mouvements fibrillaires dans les muscles de ces régions.

En même temps il notait que la sensibilité de sa main était diminuée.

Aucun traitement local n'a été fait pour combattre cette atrophie; vers la fin de son séjour à l'hôpital on s'était proposé d'employer l'électricité, mais il n'en a été rien fait.

Après sa sortie il a continué à prendre de l'iodure de potassium.

Etat actuel. — Nous avons dit plus haut que le malade avait été admis à l'hôpital Saint-Louis pour des ulcérations de la jambe gauche. Ces ulcérations, qui existent depuis un an, sont au nombre de 6 environ : elles siègent sur la moitié antérieure de la jambe et elles sont disposées suivant une ligne oblique qui, partant du tiers supérieur interne, irait au tiers inférieur externe de la jambe.

La plus large a une étendue qui égale celle de trois pièces de 5 francs en argent, elle paraît formée par la confluence de trois ou quatre ulcérations; aussi les bords sont-ils disposés en arcs de cercle qui s'entre-coupent. La plus petite offre l'étendue d'une pièce de 1 franc; les bords en sont régulièrement arrondis.

Sur toutes ces ulcérations les bords sont nets, violacés, décollés sur une petite étendue et en divers points seulement. Parfois il existe un pont de peau violacée, légèrement œdématiée, séparant deux ulcérations.

Le fond des ulcérations est en partie bourgeonnant et inégal, rouge carmin vif avec une nuance rouge brique et en partie jaunâtre escharotique.

Tout autour de l'ensemble des ulcérations et entre elles la peau est violacée, œdématiée, tendue, douloureuse.

Ces ulcérations sont le siège de cuisson plus intense la nuit que le jour. La nuit, le malade éprouve aussi des soubresauts dans la jambe. Aussi ne peut-il reposer.

Les ganglions cruraux correspondants forment une petite masse indolente empâtée.

La gorge est rouge sombre, non douloureuse.

Les urines sont troubles, rouge brique, et ne sont pas modifiées par les divers réactifs.

L'état général est assez satisfaisant.

Le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, 4 gramme par jour, et l'on appliqua des emplâtres de Vigo sur les ulcérations. La réparation n'a pas tardé à se faire; les bourgeons ayant bon aspect se sont montrés au bout d'une semaine, et lorsque le malade a quitté l'hôpital, le 4^{er} mai, la cicatrisation était très-avancée.

Nous devons nous occuper maintenant de l'état de la main gauche au point de vue de son aspect, de l'état de sa motilité et de sa sensibilité.

Au moment de l'entrée du malade dans le service nous notons les particularités suivantes :

Toute la main est moins sensible que l'avant-bras et le bras, dont la sensibilité est d'ailleurs intacte. Nous entendons parler des trois ordres de sensibilité : tactile, douloureuse, thermique. La limite où commence cette diminution de la sensibilité est à peu de distance de la ligne du poignet. Sur la face dorsale du poignet c'est une ligne oblique qui part du bord radial à deux centimètres et demi de la ligne du poignet et qui se dirige vers le bord cubital en contournant la saillie du cubitus à un centimètre de la ligne du poignet, puis remonte à deux centimètres et demi au-dessus de celle-ci. Sur la surface antérieure du poignet c'est une ligne généralement ondulée, distante du poignet de un centimètre.

Nous devons ajouter que tout le petit doigt est insensible (sensibilité tactile, douloureuse et thermique) et que tout le long de l'annulaire la sensibilité est presque nulle, et qu'elle diminue d'autant plus que l'on explore plus près de la moitié interne ou cubitale de ce doigt.

Ajoutons encore que, d'une façon générale, la diminution

de la sensibilité à la main est d'autant plus accusée qu'on se rapproche plus de l'extrémité des doigts.

Enfin le malade nous fait remarquer que sa main gauche est plus impressionnable au froid que la droite. Au simple toucher il nous a paru que la main gauche était plus froide que la droite. Quelques jours plus tard (27 avril), voulant nous assurer s'il y avait réellement une différence de température, nous avons appliqué successivement le même thermomètre dans la paume de chaque main, en maintenant les mains dans la même position et la même exposition, après avoir employé la même quantité et la même largeur de bande pour maintenir l'instrument. Le temps employé à observer l'ascension du mercure a été à peu près le même et jusqu'à ce que la colonne restât immobile.

Le résultat obtenu a été le suivant :

Température de la main gauche	35° 2
-------------------------------	-------

Température de la main droite (malade)	33° 4
--	-------

On voit une différence de presque deux degrés.

La température axillaire était de	36° 6
-----------------------------------	-------

Les muscles atrophiés ont été électrisés tous les matins (électricité galvanique), mais ce fut sans profit et sans que l'on pût jamais déterminer de contraction de leur part.

Les troubles de la sensibilité et de la motilité, et l'atrophie musculaire, n'ont pas été les seuls accidents survenus du côté de la main droite. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, nous avons été témoin de l'apparition d'une lésion à l'extrémité du petit doigt, de l'ordre des altérations trophiques, comme il en survient dans certaines lésions du système nerveux ; nous avons dit plus haut que le petit doigt de la main droite était complètement insensible. Le 26 avril, quelques jours avant la sortie du malade, celui-ci nous fit remarquer que l'extrémité de son petit doigt avait

changé de couleur. L'extrémité même du petit doigt, sur une hauteur d'environ 7 millimètres, était violacée pâle. Cette modification existait aussi bien sous l'ongle que du côté de la pulpe, mais un peu plus étendue du côté de l'ongle. Soupçonnant l'existence d'un soulèvement épidermique par un liquide (une phlyctène), nous avons piqué l'épiderme avec une épingle et il s'est écoulé un peu de sérosité claire, transparente, très-alkaline.

Cette sérosité, examinée aussitôt au microscope, ne nous a montré que quelques débris épithéliaux rares et quelques globules sanguins plus rares encore.

La veille, le malade éprouvait un peu plus d'engourdissement dans la main droite et surtout dans le petit doigt. Cet engourdissement était douloureux.

Ce n'était pas la première fois qu'un pareil phénomène se montrait au petit doigt. Le malade nous dit qu'il se renouvelait sans cause connue tous les trois mois environ depuis que le bras était malade, et que c'était alors à peu près la huitième fois. Habituellement l'épiderme se soulève le long du bord cubital du petit doigt sous forme de vésicules. Dans ces vésicules, plus ou moins volumineuses, existe un liquide clair que le malade évacue avec l'aide d'une épingle. Ces vésicules ou bulles guérissent de la sorte avec une grande rapidité.

Le lendemain (27 avril), la sérosité s'est reproduite dans la phlyctène, qui paraît s'être un peu étendue. On évacue de nouveau avec une épingle la petite quantité de sérosité qu'elle renferme.

Le 1^{er} mai, le malade quitte l'hôpital, son petit doigt étant à peu près dans le même état.

Nous rappellerons que ses ulcères étaient presque complètement cicatrisés et que sa main droite se trouvait dans le même état.

Remarques. — Le cas que nous venons de relater n'est

pas sans analogue dans la science ; ainsi M. le Dr A. Ollivier, dans sa thèse d'agrégation déjà mentionnée, rapporte, p. 122, une observation du Dr Lépine, dans laquelle il s'agit d'une atrophie des muscles animés par le cubital, à la suite d'une lésion de ce nerf comprimé par une gomme suppurée. Dans ce cas, il existait une cicatrice profonde dans la gouttière du nerf cubital. Le cas que nous rapportons n'offrait pas, au moment où nous l'avons observé, une relation pathogénique aussi claire entre l'atrophie et la compression du cubital. Mais si l'on veut tenir compte du siège de la gomme au bras et de l'époque d'apparition des accidents, on hésitera peu à établir cette relation. Du reste, l'observation que nous venons de relater est assez intéressante à d'autres points de vue. On a pu remarquer qu'il s'agissait d'un cas de syphilis à évolution rapide. En peu de temps il se développe chez cet homme du rupia, deux gommès, de l'ictère, une induration du testicule, des ulcères rebelles, étendus et profonds. Cet homme subit des injections sous-cutanées de sublimé au nombre de 40 à 50, et, non-seulement son état n'est pas aggravé (nous avons pu voir à l'hôpital Saint-Louis des hommes qui, soumis à ce traitement, revenaient couverts d'ulcères et dans un état général déplorable), mais il s'en trouve bien. Nous citerons enfin ce développement périodique de vésicules, bulles ou phlyetènes au petit doigt, complètement insensible, de la main droite. Nous pourrions aussi, analysant les troubles de la sensibilité, de la motilité, étudiant leur mode de développement, leur marche et leur terminaison, les comparer à ceux constatés chez la femme qui fait le sujet de l'observation précédente. Mais il nous suffit d'indiquer ce rapprochement.

III.

OBSERVATION DE GREFFES ÉPIDERMiques SUR UN CHANCRE SYPHILITIQUE, par le Dr Achille DROX, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

La découverte de M. Reverdin a déjà été appliquée à bien des cas, et on a même soumis à ce mode de traitement des ulcérations dépendant d'une diathèse. C'est ainsi qu'on a fait avec succès des greffes épidermiques, sur des ulcères scrofuleux, sur des syphilides ulcéreuses tertiaires. Des faits de cette dernière catégorie ont été rapportés par MM. Callender (*Lancet*, 19 nov. 1870), Walter Coulson (communication à la Société médicale de Londres, 1871) et Reverdin (*Archives de médecine*, mars 1872). Mais jusqu'à présent aucune greffe épidermique sur l'accident initial de la syphilis, sur le chancre syphilitique, n'a été signalée. L'observation que je communique pourra donc avoir quelque intérêt en raison de sa nouveauté.

Un homme de 48 ans est entré, le 21 août 1872, à l'Antiquaille. Il portait sur le fourreau de la verge une ulcération de 6 centimètres de long sur 4 de large, ulcération peu profonde, reposant sur une base résistante, élastique ; sa couleur était vineuse, ses bords non décollés se raccordaient avec le fond. Elle suppurait à peine.

Cette ulcération avait débuté dix jours avant l'entrée du malade à l'hôpital et trois semaines après tout rapport sexuel: notre homme n'avait vu d'autre femme que la sienne ; mais celle-ci, que nous pûmes examiner dans le service des femmes vénériennes, avait, indépendamment d'autres manifestations secondaires de la syphilis, la vulve couverte de

papules humides (plaques muqueuses). Elle avouait du reste avec cynisme qu'elle se prostituait du consentement de son mari.

Les aines de mon malade présentaient une adénopathie polyganglionnaire indolente et indurée. L'inoculation de l'ulcération fut négative.

Le diagnostic porté fut chancre syphilitique. Pansement avec le vin aromatique ; pas d'autre traitement général que de la tisane de saponaire.

Le 4 septembre, le chancre est couvert d'un dépôt pul-tacé, il ne s'est pas étendu, mais n'a pas de tendance à la cicatrisation. On le panse avec de la poudre de camphre.

Le 11 septembre, l'ulcération s'est détergée ; son fond présente des granulations, mais les dimensions sont à peu près les mêmes.

Le 12 septembre, deux greffes épidermiques sont appliquées sur le chancre. Pour les faire, M. Cordier, mon interne, a détaché sur la face antérieure de la cuisse droite du malade, à l'aide d'un bistouri bien affilé, deux lambeaux d'épiderme d'un demi-centimètre de long sur 2 millimètres de large. La section a intéressé le corps papillaire, car on voit sur la petite plaie superficielle du derme sourdre des gouttelettes sanguines. Ces lambeaux ont été déposés sur le chancre, avec lequel ils sont en contact par leur face profonde. On a eu grand soin, à l'aide d'une épingle, de bien les étaler et d'empêcher l'enroulement de leur bord. Placés sur le plus grand diamètre de l'ulcération, ils sont plus rapprochés l'un de l'autre que les bords du chancre. Une large bandelette de diachylon recouvre le tout. On donne au malade du camphre et de l'extrait thébaïque pour prévenir les érections.

La bandelette de diachylon est laissée en place deux jours. Le 14 septembre, on l'enlève et l'on trouve les greffes adhérentes à la plaie. Nouveau pansement avec le dia-

chylon, qu'on laisse de nouveau sans y toucher pendant deux jours. Les petites plaies de la cuisse, qu'on avait aussi couvertes de diachylon, sont cicatrisées.

Le 16 septembre, on voit une zone cicatricielle autour de chaque greffe. L'ulcération a du reste peu de tendance à se cicatrifier, car elle s'est étendue en largeur. On ne fait pas d'autres pansements que des applications de diachylon.

Le 24 septembre, les deux îlots cicatriciels développés autour des greffes atteignent le diamètre d'une pièce de 20 centimes. Ils se sont étendus en tous sens, mais surtout l'un vers l'autre. Le lendemain on les trouve réunis. En même temps la cicatrisation marche à la circonférence de l'ulcération.

Le 30 septembre, la cicatrisation du chancre est complète. On distingue sur sa cicatrice deux points plus déprimés et plus blancs : ce sont les greffes épidermiques, autour desquelles le tissu cicatriciel rougeâtre forme un léger relief. Cette cicatrice est solide, mais repose sur une base indurée. L'adénopathie bi-inguinale persiste. Le malade exige sa sortie. Il ne présente encore aucune manifestation secondaire de la syphilis. Il n'y a du reste qu'un mois et demi que le chancre a débuté.

Je regrette de n'avoir pu conserver le malade jusqu'à l'éclosion des accidents secondaires, mais l'aspect de l'ulcération, sa base indurée, son début après trois semaines d'incubation, la source à laquelle elle a été puisée et qui a été vérifiée par la confrontation, son auto-inoculation négative, l'adénopathie bi-inguinale polyganglionnaire et indolente qui l'accompagnait, ne me laissent pas de doute sur le diagnostic : c'est bien à un chancre syphilitique que j'ai eu affaire.

Ce chancre allait-il entrer dans sa période de réparation au moment où j'y ai appliqué des greffes épidermiques ? On peut le supposer, mais rien ne le démontre, puisque même

nous avons remarqué une augmentation en largeur de l'ulcération trois jours après la greffe. Du reste, en réparation ou non, le chancre syphilitique est toujours une ulcération virulente, et ce que j'ai voulu démontrer c'est que les greffes épidermiques pouvaient prendre sur une plaie de cette nature.

Les greffes ont été d'un grand secours pour la guérison du chancre ; elles ont fourni près de la moitié du tissu cicatriciel. On peut même dire qu'elles ont eu un heureux effet sur la cicatrisation marginale elle-même. Ce n'est que lorsque les îlots ont eu une certaine étendue que la cicatrice s'est développée à la circonférence du chancre. Cette influence a déjà été notée par différents chirurgiens : MM. Cowper, Dobson, Barlow, Bryant en Angleterre, et Poncet en France. Peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence ? Il est cependant remarquable qu'une plaie spécifique, stationnaire jusqu'alors, se soit mise à se cicatriser avec rapidité du moment que les greffes s'y sont développées, sans pansement modificateur et sans traitement interne.

Les deux îlots cicatriciels ont progressé plus promptement l'un vers l'autre que vers la circonférence du chancre ; cela tient à ce que les greffes étaient plus rapprochées entre elles que voisines des bords de l'ulcération, et il est d'observation générale que la greffe se développe toujours du côté où elle aura le moins de chemin à parcourir pour rejoindre un autre travail cicatriciel.

Les cas où on aura à faire des greffes épidermiques sur un chancre syphilitique seront sans doute assez rares. Cette ulcération guérit, en effet, assez rapidement par des pansements modificateurs, même en l'absence de traitement spécifique interne. Aussi est-ce plutôt à titre d'étude que je relate ce fait, que comme moyen de traitement. Les greffes épidermiques trouveraient mieux leur emploi sur les vastes chancres simples phagédéniques qui atteignent quelquefois

de vastes proportions. Mais je doute qu'elles réussissent ; elles seront probablement emportées par l'abondante suppuration spécifique de cette espèce d'ulcère vénérien. Ce n'est qu'après avoir tué le principe contagieux par une cautérisation énergique que l'ulcération, devenue simple, pourrait bénéficier de la découverte de M. Reverdin. (*Lyon médical.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LA SYPHILIS DANS SES RAPPORTS AVEC LE MARIAGE,
par Ed. LANGLEBERT.

Paris, 1873, 1 vol. in-12, chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

DEUXIÈME ARTICLE (V. 4^e année, p. 298.)

Outre le danger d'infecter sa femme, disais-je en terminant la première partie de l'analyse de cet ouvrage, un homme qui, ayant ou venant d'avoir la syphilis, se marie, ne craint-il pas d'infecter directement ses enfants ?

M. Langlebert pose, avec la netteté qui lui est familière pour tous ses énoncés, cette importante, cette redoutable question. Mais, avant d'examiner comment il la résout, éclairons un malentendu possible.

Dans tous les faits de transmission qui sont du ressort de la syphiligraphie, le pouvoir entre les deux sexes est identique. Homme et femme donnent également accès et naissance à la contagion. Au même degré, avec la même fréquence, selon les mêmes modes, ils en sont la source ou la victime. Mais ici tout change; et, vu la part si radicalement différente que l'un et l'autre sexe prennent à l'acte de la procréation, on devait penser, on a pensé que l'égalité, en fait de contagiosité, cesse d'exister entre eux.

Cette dissemblance, si la physiologie ne suffisait pas à la faire pressentir, les dissentiments doctrinaux l'auraient depuis longtemps révélée. A peu près d'accord — je dis à peu près — sur ce fait que la mère syphilitique peut infecter l'enfant qu'elle conçoit, les syphiligraphes se divisent, au

contraire, en deux camps au sujet de l'influence paternelle: les uns croyant, avec le vulgaire, qu'un homme peut doter sa progéniture de ses virus comme de ses vices et de ses traits; quelques auteurs, d'autre part— et de fort accrédités — niant, au nom de la physiologie comme au nom de l'expérience, que les choses se passent ainsi, et mettant tous les cas observés de syphilis héréditaires sur le compte de la mère.

Entre ces deux camps opposés, quelle place M. Langlebert a-t-il choisie? La chose est assez difficile à démêler; il m'a fallu quelque peine pour y parvenir. Dans notre cher collègue, deux hommes distincts existent, unis par un lien des mieux dissimulés. Le premier, savant expert, bibliographe émérite, trouve dans sa judiciaire des raisons valables pour contester, pour nier même l'influence syphiligène du père. Il incline donc, il va conclure dans ce sens... Mais le second, l'excellent praticien, le conseiller vigilant des jeunes ménages, intervient à propos pour empêcher que l'autre ne soit trop aisément cru sur parole; et c'est avec le sens sûr et profond d'Henri IV pesant tout haut les motifs de son abjuration, qu'il dirige ses clients vers le parti qui, avec le moins de certitude peut-être, offre indubitablement le plus de sécurité. C'est ce que je vais prouver par des citations aussi étendues que le mérite l'importance scientifique et sociale de ce problème :

Un homme syphilitique peut-il engendrer des enfants syphilitiques sans avoir préalablement infecté sa femme soit avant la conception, soit pendant sa grossesse?... Voilà comment M. Langlebert pose la question, et elle est parfaitement posée. Si, en effet, la femme a été infectée, c'est à elle, c'est à son influence qu'on sera en droit d'attribuer la syphilis qu'aurait l'enfant né de ce mariage.

Pour établir l'influence syphiligène du père, nous en

sommes avertis, il faut donc produire des cas où l'enfant est né syphilitique sans que la mère eût été atteinte de cette affection.

Eh bien ! ces cas abondent dans la science. Ceders-chjold, Swediaur, Bertin, Depaul, Bertherand, Haase, Guérard, Boehr ont publié des faits semblables, où la bonne santé de la mère est affirmée sous la garantie de praticiens qui ont examiné par eux-mêmes, en temps utile, durant la grossesse; ce qui répond, ce me semble, à cette insinuation de M. Cullerier que si, dans la pratique civile, on a, en pareil cas, déclaré les mères indemnes de vérole, c'est « parce qu'on a été retenu par maintes considérations morales et sociales que le médecin prudent ne doit pas enfreindre. » Quand le médecin, dirai-je à mon tour, s'est cru tenu, *par prudence*, à laisser l'examen incomplet, il n'a point l'habitude de se donner comme l'ayant fait complet; mais lorsqu'il affirme l'avoir institué tel, soutenir qu'il a été *prudent*, c'est simplement avancer qu'il en a menti ! Or, peut-on adresser un pareil reproche aux hommes honorables cités plus haut ? — Et d'ailleurs la vérole est-elle donc une de ces maladies à siège profond, unique, obscur, qui puissent aisément se dissimuler?... Oui, sans doute, à son début, pendant quelques semaines; mais non pour le médecin de la famille, qui sait là où il peut rechercher le mal, là où éclatent fatalement tôt ou tard ses manifestations ostensibles, multiples et incessamment renaissantes.

Pour nier l'influence syphiligène du père, M. Langlebert n'a qu'un ordre d'arguments : l'apport aussi considérable que possible d'exemples où l'on voit un homme ayant la syphilis et qui a cependant engendré des enfants indemnes. Mais cette méthode, excellente pour créer le doute, est radicalement insuffisante comme moyen de démonstration. On ignore encore à quel degré, à quelle pé-

riode la syphilis d'un individu est héréditairement transmissible, l'on ignore surtout dans quelles conditions elle cesse de l'être. Donc, contester qu'à un moment donné tel vérolé a pu avoir une progéniture saine, ce n'est point établir qu'un autre vérolé eût joui d'un privilège semblable; ce n'est pas même établir que ce même sujet, à une phase différente de son mal, eût à coup sûr réalisé pour ses enfants cette impunité.

Encore faudrait-il, quand la situation qu'un auteur a prise le réduit à n'arguer que de faits négatifs, encore faudrait-il qu'aucun d'eux ne prêtât le flanc à la moindre objection. En est-il ainsi de ceux colligés par M. Langlebert? Sans entrer dans les détails fastidieux d'un examen approfondi, je remarque, sur les huit cas cités comme spécimen par notre collègue, que :

Dans trois, du mercure était pris par le père lorsqu'il procréa; savoir: chez l'un, depuis un mois avec salivation; chez l'autre, depuis deux mois; chez le troisième, depuis quinze à seize mois; et pour les deux derniers, le traitement avait été institué par M. Langlebert lui-même. Donc, ou le mercure ne sert à rien, ou, donné à une telle dose et par un aussi habile praticien, il a bien pu, sinon dû, neutraliser l'aptitude syphiligène.

Dans deux autres de ces faits, le père « a eu, nous dit-on, plusieurs enfants sains, *après avoir eu une vérole des plus graves et des plus rebelles.* » En bon français, *après avoir eu*, ne signifie-t-il pas *n'ayant plus*?... Rien dans le récit, d'ailleurs fait en quatre lignes, ne dément cette interprétation grammaticalement irréprochable. Dans la deuxième, que M. Langlebert me fait l'honneur fort inattendu de m'emprunter, la méprise est flagrante. Il s'agit d'un sujet syphilitique sursaturé de mercure pendant plus de six mois, qui se marie, exempt alors de symptômes secondaires. Il se marie donc; sa femme devient enceinte, et au

troisième mois de la grossesse, le père, exempt jusque-là, je le répète, a une récurrence de syphilide. L'enfant naquit et resta sain... M. Langlebert déclare ce cas *très-remarquable*... Très-remarquable, je le veux bien. Mais, voyons, avouez-le, cher collègue, ne le serait-il pas un peu plus encore si la récurrence avait précédé la conception, au lieu de lui être postérieure de trois mois ?

M. Langlebert invoque d'autres considérations contre le dogme de l'influence paternelle ; mais, il le reconnaît lui-même, quelque vraisemblables qu'elles soient, on ne saurait leur attribuer que la valeur de simples présomptions. La première, c'est que la syphilis étant, comme je l'ai établi, une intoxication plus qu'une diathèse, *il n'y a rien d'étonnant* à ce que sa transmissibilité héréditaire soit moindre que celle des vraies diathèses, de la goutte, de la scrofule... La deuxième, c'est qu'un préjugé très-répandu, lorsqu'un enfant naît syphilitique, pousse l'opinion publique à accuser le père ; le père qui, presque toujours auteur réel du malheur, n'en serait le plus souvent que l'auteur médiat...

En opposition avec ces considérations, j'en formulerai, à mon tour, une qui me semble décisive pour prouver la réalité du pouvoir syphiligène du père ; ce sont les exemples de *syphilis par conception*. Ces faits qui, pour ne parler que de ceux publiés, s'élèvent aujourd'hui au nombre de douze ou quinze bien constatés, sont la preuve irréfutable de l'influence que l'école de M. Langlebert conteste. Un homme se marie : il a eu la vérole, mais au moment de l'union, il n'a plus de lésions sur aucun de ceux de ses organes que la copulation met en contact intime avec les organes similaires de la femme. Donc il se marie dans cet état. Sa femme demeure saine tant qu'elle ne devient pas enceinte. Enfin un jour elle conçoit ; et, *alors seulement*, alors, vers le troisième mois, des symptômes de syphilis secondaire apparaissent ; — et ils apparaissent simultanément.

ment à la peau, au cuir chevelu, au gosier, — et ils apparaissent sans avoir été précédés de lésions locales, de chancre ni d'adénopathie. — D'où peut être venue à cette femme une vérole ainsi faite, constitutionnelle d'emblée? D'où? sinon du fœtus? Et de qui celui-ci peut-il la tenir, si ce n'est de son père? de son père qui, n'ayant plus de quoi la donner par contact, n'a pas été en mesure de la transmettre à sa femme, mais qui, ayant encore de quoi la donner par génération, l'a transmise à son enfant.

M. Langlebert a encore à son service un autre argument assez délicat; argument personnel, celui-ci, et qu'il manie avec trop de courtoisie pour que je doive hésiter à le reproduire ici: « M. Diday, me fait-il l'amitié d'écrire, M. Diday est, à Lyon, l'un des spécialistes les plus occupés; il y pratique depuis plus d'un quart de siècle; il a publié un *Traité de la syphilis des nouveaux-nés*. Et pourtant, chose remarquable, il n'apporte, sur le point en litige, à l'appui de son opinion, aucune observation qui lui soit personnelle. »

D'abord, cher collègue, lorsque je composai le *Traité* auquel vous voulez bien faire des emprunts et des compliments également multipliés et également flatteurs, c'était en 1853, et je n'avais pas alors le quart de siècle plus que révolu d'expérience pour lequel il me faut bien, hélas! accepter aujourd'hui vos félicitations. — Puis, j'ai toujours pensé que, sur des sujets où le doute ou la négation se sont fait jour, un auteur est mieux cru quand il emprunte l'expérience d'autrui que lorsqu'il cite la sienne propre. Mais enfin, puisqu'un appel aussi puissant est adressé à mes souvenirs, je ne décline pas l'invitation, et je réponds en détachant de ma collection deux faits tout particulièrement dignes, à mon sens, de peser dans la balance.

J'ai soigné, il y a près de douze ans, un brave commerçant atteint d'une syphilis moyenne, mais tenace. Il se ma-

ria après un an de maladie, libre alors de toute manifestation visiblement compromettante, mais sujet à des récidives buccales qui apparurent à diverses reprises après son mariage. Sa femme, deux fois enceinte pendant les trois premières années, donna le jour à deux enfants dont le premier succomba à la syphilis au bout de trois mois, dont le second eut des symptômes bien caractérisés, desquels un traitement méthodique et une hygiène appropriée finirent par triompher.

Or, j'étais plus que le médecin, j'étais l'ami de cette excellente famille. Peu de jours se passaient sans que j'y fisse une apparition. Il ne s'y donnait pas, selon l'expression de Figaro, un seul coup de lancette, de plume ou de nitrate d'argent, que je n'y eusse l'œil et la main. Confident discret des symptômes du mari, je l'étais aussi des soupçons qui, malgré moi, germaient dans l'esprit de la femme. Peu à peu, elle avait vu clair à travers les réticences, les mystères dont s'entourait l'ancien coupable; et certes, si elle eût eu quelque lésion spécifique, ni elle, qui l'appréhendait, ni moi, qui devais m'y attendre, nous ne l'aurions laissé passer inaperçue... Eh bien ! elle n'a rien eu en fait de syphilis. Et cependant les deux enfants ont été syphilitiques.

Second fait : Dans mon voisinage demeurait un autre ménage, également à portée de mes soins. Le mari avait eu, peu de temps avant de contracter alliance, la syphilis dont il paraissait guéri. Sa femme, au bout d'un an, devint enceinte. Elle accoucha à terme, n'ayant jusque-là présenté aucune lésion spécifique. Elle eut deux jumeaux, qu'elle nourrit.

L'un, le garçon, présenta, au deuxième mois, une syphilis pustulo-squameuse, compliquée de désordres digestifs, et il succomba en dépit du traitement. L'autre, une petite fille, n'eut jamais le moindre indice de syphilis. Elle a au-

jourd'hui huit ans, et se porte à merveille, ainsi que sa mère, avec laquelle elle offre une ressemblance frappante de physionomie.

Je persiste donc à admettre la transmission héréditaire de la syphilis par le père; et l'on vient de lire les motifs de ma croyance. Quelle impression produiront-ils? Je l'ignore, et il ne m'appartient point de le préjuger. Mais, à coup sûr, et avant même qu'il les ait connus, nous pouvons, dès à présent, compter sur un adhérent au principe attaqué par M. Langlebert; et cet adhérent n'est autre que M. Langlebert. Lisez; et que sa pratique soit le critérium de ses convictions théoriques.

Certes, si je croyais, moi, à l'innocuité de la syphilis paternelle, en tant qu'agent de transmission héréditaire, lorsqu'un ex-syphilitique, futur mari, viendrait me demander l'autorisation de passer outre, je lui dirais: « Monsieur, la science ne vous reconnaît, vous, dangereux qu'autant que vous auriez une lésion susceptible de se transmettre *par contact*; elle ne vous reconnaît, par conséquent, dangereux que pour votre femme. Veillez donc à n'avoir avec elle aucuns rapports intimes par celles de vos régions qui, plus tard, viendraient à offrir accidentellement quelques plaques muqueuses. Ce faisant, vous n'avez rien à craindre pour votre femme ni pour vos enfants. » Or, est-ce là le langage de M. Langlebert?... Pour l'apprendre, je ne fais point parler mon savant et consciencieux collègue, je transcris son propre texte:

« Bien que la transmission héréditaire de la syphilis par l'influence exclusive du père soit chose rare, mieux vaut cependant, n'en déplaise à quelques casuistes, se soustraire momentanément à la loi du mariage, que de courir la chance, si petite qu'elle soit, de donner le jour à un enfant vérolé (p. 220).

« Si le père est également syphilitique, ce qui arrive le

plus souvent, faut-il le soumettre, en même temps que la femme, au traitement spécifique? La réponse ne saurait être douteuse : évidemment le père doit se traiter aussi longtemps que persisteront chez lui les symptômes de la maladie, ou qu'il pourra se croire menacé de nouvelles récidives... C'est en vue de ses enfants à venir que le père, si petite que soit sa part dans la transmission de la syphilis héréditaire, doit chercher à effacer en lui les dernières traces de la diathèse » (p. 245).

Ainsi, dans le cas que vous supposez, la mère est syphilitique; par conséquent, son état, à elle, suffisait pour menacer la santé de ses futurs enfants. Et cependant vous ne vous bornez pas à la traiter, elle! Vous traitez aussi son mari!..... Allons! vos conclusions de praticien absolvent vos tendances doctrinales. Heureuse la science qui se souvient à propos qu'elle est aussi un art. Et loué soit le théoricien à qui, retournant ses paroles de tout à l'heure, on peut dire, si petit que soit votre aveu : *Habemus confitem medicum*.

L'attrait de cette controverse nous a entraîné au delà de toutes les bornes. Ne terminons pas, néanmoins, sans mentionner l'examen fait par M. Langlebert des diverses questions qui intéressent les parents, les malades, les nourrices. Rien de plus complet que cet exposé. L'auteur semble vraiment rechercher les sujets connexes à son sujet principal, afin de ne laisser aucun éclaircissement à désirer à ceux qu'il s'est donné mission d'instruire et de protéger. C'est ainsi que, chemin faisant, il montre que la syphilis ne saurait être considérée comme une cause de la scrofule : ces deux maladies peuvent coexister, dit-il, mais elles ne se transforment pas.

Plus loin, il établit, par l'observation et par le témoignage des autorités les plus compétentes, que l'administration du

mercure, loin de prédisposer à l'avortement, ainsi qu'on l'a avancé, est non-seulement le meilleur, mais le seul moyen de prévenir cet accident, si commun chez les sujets syphilitiques.

Adoptant, pour le nourrissage des enfants présumés syphilitiques, les règles les plus prudentes, il pousse le scrupule jusqu'à condamner absolument le père ou le médecin qui, en pareil cas, croirait pouvoir confier le nouveau-né à une nourrice saine. On a beau, en effet, veiller sur la santé du nourrisson, cautériser, dès qu'elles apparaissent, ses lésions buccales, rien n'y fait ordinairement; car il est impossible de savoir si l'on a cautérisé à temps, c'est-à-dire avant le contact. Les enduits gras, les bouts de sein n'offrent, eux non plus, qu'une sécurité illusoire. Dans de telles conditions, comme avec un nourrisson syphilitique, si la mère ne peut nourrir, l'allaitement artificiel est le seul moyen humainement proposable. Bien entendu, l'allaitement par un animal tient le premier rang parmi ces succédanés.

La syphilis congéniale, dans ses rapports avec la médecine légale, est l'objet d'une étude approfondie par laquelle se termine l'ouvrage. C'est en utilisant les principes fondés par M. Rollet que l'auteur résout les nombreuses difficultés de ces alternatives ardues, renaissant presque à chaque nouveau cas de ce genre, et où la nourrice et les parents de l'enfant s'accusent réciproquement d'être cause de l'infection. On trouvera, dans cette partie du livre de M. Langlebert, les préceptes les plus clairs pour arriver à démêler la vérité au milieu des obstacles accumulés par l'ignorance et la mauvaise foi; et la clef de ces mystères est aussi aisée à manier que sûre dans son emploi, puisqu'elle consiste seulement dans l'appréciation de l'âge comparatif des deux véroles qui, réciproquement — mais l'une, à tort, — se prétendent nées l'une de l'autre,

L'étendue que nous avons donnée à cette analyse témoigne assez du sentiment que nous inspire l'œuvre dont elle a tenté de peindre les principaux traits. Le livre de M. Langlebert est, sous une forme lucide, attachante, instructive, le résumé des notions les plus saines réalisées par la science moderne sur un point qui intéresse la famille et la société. Il s'adresse aux jeunes gens pour les retenir, aux parents pour les éclairer, aux magistrats pour leur fournir de sûrs éléments d'appréciation. A ces divers titres, nous nous croyons en droit de dire aux hommes soucieux de l'assainissement de la race et de la régénération sociale : *Lisez et méditez.*

P. DIDAY.

ÉTUDE SUR LES CHANCRES DU COL UTÉRIN, par le D^r Ch. Schwartz (Thèse de Paris, 1873, A. Delahaye).

Après un aperçu historique très-complet sur les travaux antérieurs, M. le D^r Schwartz étudie successivement les chancres utérins. Élève distingué de M. Fournier, c'est en s'appuyant sur ses leçons cliniques et sur les observations recueillies dans son *service de Lourcine*, que notre jeune et savant confrère trace l'histoire des chancres du col.

Les chancres simples du col ne sont pas aussi rares qu'on le croyait autrefois; en six ans, à Lourcine, M. Fournier en a observé 23 cas.

Les chancres vaginaux sont infiniment plus rares. Il n'existe pas, jusqu'à présent, d'observation de chancre de la partie moyenne du vagin. Les chancres vaginaux siègent tous dans les culs-de-sac qui circonscrivent le museau de tanche. (Bien entendu il ne saurait être question ici de ceux qui se trouvent à l'entrée du vagin; ces derniers

ne se distinguent en effet en rien des chancres extérieurs, avec lesquels du reste il n'y a aucun inconvénient, il n'y a même qu'avantage à les confondre au point de vue pratique.

Selon M. Schwartz, le privilège que le vagin paraît avoir de se soustraire à l'inoculation chancreuse serait dû surtout à son extensibilité ; c'est à cette propriété qu'il devrait de ne jamais être lésé dans l'acte sexuel et de se trouver complètement à l'abri des écorchures et des éraillures qui semblent être les conditions génératrices essentielles de la contagion.

Quant au chancre syphilitique du col, sur 249 cas de chancres syphilitiques observés chez la femme, M. Fournier en a trouvé 13 cas.

Même rareté pour le chancre de la partie moyenne et supérieure du vagin.

Les chancres du col, simples ou syphilitiques, siègent indifféremment au niveau de l'orifice ou en dehors de lui ; la plupart des chancres centraux pénètrent dans l'orifice du col ; le chancre simple peut même se cacher tout entier dans la cavité cervicale, ainsi que l'a démontré l'inoculation du pus qui s'écoule de l'orifice.

Comme partout ailleurs, là les chancres sont plus souvent multiples, les chancres sont en général uniques.

Quant à la forme, les chancres utérins, soit simples, soit syphilitiques, n'ont rien de caractéristique, ils se rapprochent plus ou moins de la forme ovalaire. Les premiers, toutefois, constituent un ulcère d'une teinte jaune plus ou moins prononcée, se détachant très-nettement des parties voisines. Leur fond est inégal. Les chancres syphilitiques, au contraire, sont d'un gris blanchâtre ; leur teinte est pâle, blafarde. *

Dans les deux variétés de chancres, les bords sont bien dessinés, très-circonscrits ; souvent même ils forment tout

autour un liseré, une véritable collerette purpurine. L'ulcération chancreuse du col, simple ou syphilitique, a une grande tendance à prendre la forme papuleuse. Ces deux espèces d'ulcères mettent à se réparer un temps très-court (trois semaines en moyenne suffisent pour que ce processus soit complet); une fois guérie, la plaie chancreuse ne laisse pas de trace.

Ce caractère négatif distingue le chancre utérin du chancre des parties externes, lequel laisse toujours une cicatrice plus ou moins durable et longtemps reconnaissable.

L'indication du chancre syphilitique du col n'est pas appréciable. Comment, du reste, percevoir l'induration? Le toucher pratiqué avec un seul doigt ne saurait fournir de données positives. Cependant, M. Diday m'a dit avoir plusieurs fois, avec le bout d'un seul doigt, pu constater l'induration d'un chancre amygdalien. Il est vrai, ajoute-t-il, que, dans cette région, il avait pour compléter la notion résultant de cette sensation le toucher comparatif de l'autre amygdale, de l'amygdale saine. Du reste, « au delà de l'anneau vulvaire, dit M. Ricord, dans le vagin l'induration perd de sa résistance, de sa netteté, elle peut manquer même. » En un mot, chez les femmes, comme le fait judicieusement observer M. Schwartz, le chancre syphilitique n'est pas toujours synonyme de l'expression « chancre induré. »

Les chancres du col sont complètement indolents; cette absence de douleurs, de toute gêne fonctionnelle, etc., a des conséquences très-importantes qu'il est facile de prévoir; souvent, par suite de ce fait, le hasard seul a pu faire découvrir un chancre du col.

Combien aussi ces affections ne doivent-elles pas passer inaperçues et quelle incertitude doit encore régner sur leur fréquence réelle!

Avec les chancres simples du col, coexistent presque

toujours des chancres vulvaires ; sur 25 cas, 23 fois cette coïncidence s'est trouvée réalisée. Parmi ces chancres vulvaires, les uns sont contemporains de l'ulcère utérin, d'autres dépendent évidemment de l'inoculation sur les parties extérieures du pus qui s'écoule du col. M. Rollet les a, avec raison, comparés aux chancres de la couronne du prépuce chez l'homme, par rapport aux chancres uréthraux ou sous-préputiaux profonds ; les premiers naissant habituellement des seconds.

La région peri-vulvaire est aussi fréquemment le siège d'un herpès. M. Schwartz l'a rencontré dans la moitié des cas de chancres syphilitiques du col ; aussi considère-t-il cet herpès comme symptomatique de l'affection utérine. Dans tous les cas sa fréquence devra toujours engager le médecin, en présence d'un herpès génital chez la femme, à rechercher *s'il n'y a pas autre chose plus profondément*.

Le chancre simple du col s'accompagne-t-il de bubon ? Il est bien difficile de se prononcer exactement sur cette question. Dans les cas rares où l'on a observé des symptômes du côté du bas-ventre, on n'a pu déterminer s'ils étaient provoqués par un bubon profond. Les adénites inguinales que l'on rencontre chez la femme coexistent le plus souvent avec des lésions sur les parties génitales externes. Le chancre du col doit du reste s'accompagner plus rarement de bubon que ceux des chancres des autres régions, pour les motifs suivants :

1° Ainsi que l'a noté M. Fournier, le bubon est en général moins fréquent chez la femme que chez l'homme ;

2° M. Schwartz fait remarquer avec raison que le chancre utérin guérit vite, qu'il entre très-rapidement dans une période de réparation et que d'autre part, au contraire, le bubon ne se produit le plus souvent qu'après un très-long temps de durée de l'ulcère périphérique ;

3° Le chancre du col échappe aux diverses causes d'irritation qui ne sont sans doute pas étrangères à l'apparition du bubon pour les chancres d'autres régions.

Parmi ces causes d'irritation auxquelles échappe la chancrelle du col, M. Diday a signalé depuis longtemps les pansements mal faits, les cautérisations multipliées, toutes manœuvres qui, en provoquant le saignement de la surface ulcérée, ouvrent directement la porte à l'absorption du pus qui va déterminer l'adénite spécifique.

L'adénopathie inguinale dans les chancres syphilitiques du col est rare, l'auteur ne l'a rencontrée que trois fois sur 49 observations.

Enfin, les chancres du col, simples ou syphilitiques, n'exigent pas de traitement actif. Pour le chancre simple il faut se borner à l'application d'une poudre isolante pour éviter des inoculations successives dans le cul-de-sac vaginal et surtout à la vulve.

Comme on peut en juger, même d'après cette esquisse rapide, le travail de M. Schwartz se présente d'une manière aussi complète que magistrale. Cette étude, qui repose sur l'analyse de 25 cas de chancres simples et de 49 cas de chancres syphilitiques du col, fera époque et fera loi. Puisse-t-elle, comme elle le mérite, être le point de départ de nouvelles recherches destinées à élucider les points encore obscurs que la sagacité de nos lecteurs a sans doute découverts parmi les problèmes incomplètement résolus qui forment la plus grande part de cette importante monographie.

Nous recommandons ces problèmes à l'ardeur de notre nouveau et bien méritant collègue en syphiligraphie, ainsi qu'aux méditations du maître éminent de qui il tient à la fois l'habileté à observer et la sagacité à conclure, qui constituent le fond de son enseignement si généralement apprécié.

A. D.

REVUE DES JOURNAUX.

DE LA CONJONCTIVITE PITYRIASIQUE, par le Dr Ch. BLAZY.

Sous cette dénomination, l'auteur croit pouvoir décrire une variété nouvelle de conjonctivite, qui serait liée à la diathèse herpétique et présenterait, dans sa forme et sa marche, quelques caractères spéciaux.

Souvent bénigne, ne s'accusant que par de la rougeur et des démangeaisons des paupières, l'affection coïncide avec une desquamation du cuir chevelu ou de quelque autre partie du corps. Elle apparaît fréquemment chez les femmes à l'époque des règles et pourrait être qualifiée de cataméniale si elle se montrait ailleurs que chez les herpétiques. L'inflammation conjonctivale n'est ici causée que par des plaques pityriasiques se produisant sur la muqueuse oculo-palpébrale comme à la peau. Leur existence est démontrée par l'examen microscopique des produits de sécrétion : ceux-ci ne renferment plus, comme dans les conjonctivites ordinaires, des globules purulents et graisseux et quelques rares plaques épithéliales aplaties et déchiquetées, mais on y trouve, en abondance et à peu près exclusivement, des cellules épithéliales jeunes, à peine formées.

Pour ce qui est de la cornée et de l'existence à sa surface d'une desquamation pityriasique, l'auteur, pour l'admettre, se fonde sur un trouble visuel qu'il a souvent observé chez ses malades. Ce trouble consiste dans l'apparition fréquemment répétée de taches plus ou moins sombres, n'occupant

que quelques instants un point quelconque du champ visuel, et déplacées et chassées par le mouvement des paupières, qui paraissent agir sur elles à distance. L'observation la plus concluante est celle d'un ami de l'auteur, le Dr M..., atteint de pityriasis du cuir chevelu dont chaque exacerbation s'accompagnait d'un redoublement de ces prétendues mouches volantes : il ne les faisait disparaître qu'en clignotant ou se frottant les paupières.

Ces taches, il est vrai, ne ressemblent pas aux mouches volantes dues à des corpuscules de forme définie siégeant dans le corps vitré ; mais ne se rencontrent-elles pas dans toute espèce de conjonctivite, dans les blépharites ciliaires chaque fois qu'il se trouve au-devant de la cornée quelque globule graisseux, quelque filament de mucosité, un corps étranger quelconque ? Et l'action à distance des paupières, que l'auteur invoque ici comme signe important, ne se remarque-t-elle pas, au moins aussi évidente, dans les cas que nous citons ?

Que dire de l'alcalinité anormale des liquides qui baignent la conjonctive et entretiennent son inflammation ? N'existe-t-elle pas dans d'autres conjonctivites, notamment dans celle que Galezowski a appelée *lacrymale* ?

Dans la forme chronique de l'affection, l'insensibilité relative de la muqueuse, l'épaississement des bords palpébraux et l'ectropion qui en résulte peuvent-ils caractériser une conjonctivite spéciale ?

Notons cependant que l'ectropion se produit ici par retrait de la peau atteinte de pityriasis plutôt que par saillie exagérée d'une muqueuse longtemps enflammée.

Signalons encore l'oblitération des conduits lacrymaux, la blépharite glandulo-ciliaire et les chalazions qui peuvent compliquer la maladie.

Malgré ces caractères, lorsque l'auteur cherche à préciser le diagnostic, il ne trouve pas de signe meilleur que

« l'apparition, en un point quelconque du corps, d'une manifestation herpétique. Le diagnostic de la conjonctivite pityriasique se fera donc en découvrant le malade. »

Arrivons au traitement. L'arsenic se présente en première ligne : il sera administré avec avantage. Comme applications locales, l'auteur a essayé les douches d'acide carbonique avec la pensée de neutraliser les liquides conjonctivaux ; mais il a dû renoncer à ce moyen, qui était douloureux et suivi d'une sécrétion toujours plus alcaline. Les douches de vapeur, au contraire, répétées plusieurs fois par jour, avaient un effet des plus satisfaisants. C'est à leur emploi, combiné avec le traitement interne, que l'auteur s'est arrêté.

Le travail de M. Blazy se termine par cinq observations d'inflammation des yeux chez des sujets d'âges divers atteints de pityriasis. Chacune d'elles n'offre pas un type de conjonctivite bien spéciale, et cependant on ne saurait nier l'influence de l'affection cutanée sur la production de ces ophthalmies. (*Archives générales de médecine*, mars 1874.)

D^r BRAVAIS.

NOTE SUR LE CHAMPIGNON DE LA PELADE, par L. MALASSEZ
(Travail du laboratoire du Collège de France).

Voici le résumé des intéressantes recherches de M. Malassez :

Il existe dans la pelade un champignon parasite.

Ce champignon occupe les parties les plus superficielles de la couche cornée de l'épiderme ; on le trouve entre ou à la surface des cellules épithéliales de cette couche.

Il ne se rencontre qu'accidentellement sur les cheveux,

et encore siège-t-il sur des cellules épithéliales qui proviennent de l'épiderme cutané.

Il est uniquement constitué par des spores sphériques très-petites.

On peut en distinguer trois types :

1° Les premières mesurent de 4 à 5 μ , ont un double contour, peuvent avoir des bourgeons. Ce sont les grosses spores.

2° Les secondes mesurent de 2 μ à 2,5, n'ont pas de double contour, peuvent avoir des bourgeons. Ce sont les petites spores.

3° Les troisièmes ont un diamètre inférieur à 2 μ , un contour simple, pas de bourgeons. Ce sont les sporules.

Les spores ovoïdes que l'on peut encore rencontrer ne sont pas spéciales à la pelade et paraissent appartenir à une autre espèce de champignon.

Il n'existe pas de tubes, mais seulement des petits chapelets de 5 à 6 spores au plus.

Ces résultats confirment la découverte de M. Gruby dans ce qu'elle a d'essentiel ; mais ils en diffèrent complètement sur quelques points de détail. (*Archives de physiologie normale et pathologique* publiées par MM. Brown-Séquart, Charcot et Vulpian, n° 2, 1874)

DE L'ABSORPTION DU MERCURE MÉTALLIQUE, par le
D^r RINDFLEISCH.

Pour s'assurer si le mercure métallique était réellement absorbé, Rindfleisch a fait en 1870 une série d'essais expérimentaux sur les animaux ; il s'est servi uniquement de l'onguent gris.

Après avoir frictionné longtemps l'oreille d'un lapin, il examina la peau de cette oreille au microscope : pas un

globule métallique n'avait traversé l'épiderme ; les glandules sébacées, les follicules pileux étaient absolument transparents et libres, ainsi que le corps muqueux de Malpighi.

Dans d'autres expériences, il introduisit de l'onguent gris dans le sac conjonctival et ferma l'ouverture palpébrale par des sutures ; le résultat fut encore complètement négatif ; nulle part, ni dans la conjonctive, ni dans l'épaisseur de la cornée, ni dans les ganglions voisins, etc. il ne put découvrir le moindre globule de mercure métallique.

Il administra ensuite l'onguent gris à l'intérieur par la voie gastro-intestinale ; à l'examen microscopique tous les viscères, le sang, etc., furent trouvés intacts ; mais il découvrit dans les ganglions mésentériques des globules mercuriels petits et peu nombreux ; l'intestin présentait des ulcérations. Ainsi le mercure n'avait pas pénétré plus loin que les ganglions, et vraisemblablement c'est grâce aux ulcérations qu'il avait pu pénétrer jusque-là. Il s'était passé là ce qui se passe dans le tatouage ; Virchow a montré en effet que les particules de la matière colorante du tatouage pénètrent mécaniquement dans la peau et arrivent jusqu'aux lymphatiques correspondants qui les arrêtent comme une barrière.

Enfin Rindfleisch introduisit de l'onguent gris dans la cavité péritonéale d'un lapin ; le mercure ne fut pas absorbé, mais on trouva au microscope les stomates (?) des lymphatiques de la surface diaphragmatique inférieure (stomates de Recklinghausen) obstruées par les globules mercuriels.

Les conclusions de ces expériences sont que le mercure métallique ne traverse ni la peau, ni les muqueuses, ni les séreuses ; qu'une solution de continuité est la condition indispensable à sa pénétration dans l'organisme.

Les expériences de Rindfleisch ne prouvent aucunement que le mercure métallique n'est pas absorbé (la clinique

donnerait un démenti formel à une telle conclusion); elles montrent simplement qu'il ne pénètre dans l'organisme à l'état métallique que pour être absorbé, il doit former une combinaison soluble; en effet le mercure se combine à la surface de la peau ou des muqueuses aux chlorures des sécrétions et entre dans la circulation à l'état de sublimé. (*Archiv für Dermatologie und syphilis.*)

D^r CHARLES SCHWARTZ.

DU RÔLE DES ORGANISMES INFÉRIEURS DANS LA GENÈSE DES MALADIES INFECTIEUSES. (D^r Auguste VOGL, professeur à Prague.)

Ce travail purement critique ne contient aucun fait nouveau. L'auteur ne pense pas que nos connaissances actuelles sur les organismes inférieurs nous autorisent à leur attribuer le rôle prédominant dans la genèse des maladies infectieuses. Pour justifier l'opinion de Pasteur sur l'action des bactéries dans les fermentations et l'idée que les maladies infectieuses présentent un processus analogue à celui des fermentations, il faudrait prouver la présence de petits organismes à l'intérieur du corps vivant dans les différentes maladies infectieuses, montrer leur origine dans les milieux extérieurs, enfin donner la preuve expérimentale de leur spécificité, c'est-à-dire de leur capacité de produire telle ou telle maladie spéciale. Or, en aucun cas les expérimentateurs n'ont satisfait pleinement à ces exigences. L'auteur considère comme beaucoup plus importantes, pour expliquer la genèse des maladies infectieuses, les recherches toutes récentes faites sur les poisons putrides par Ponneim (1856) et Bergmann (1868) et la découverte de la septine par ce dernier investigateur. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.*)

D^r Ch. Sch.

CAS DE PITYRIASIS RUBRA GUÉRI PAR LES DIURÉTIQUES. (D^r TILBURY FOX, médecin de University College Hospital.)

C'est une règle, quand les reins sont congestionnés, de stimuler les fonctions de la peau ; on espère par cette pratique exempter les reins d'une partie de leur tâche en la faisant accomplir par l'enveloppe cutanée et leur procurer ainsi un repos relatif. Le D^r Fox a pensé que la réciproque était également vraie. Quand la peau est hyperémiée et que cette hyperémie ne peut céder aux topiques ne semble-t-il pas profitable de stimuler l'activité des reins, qui vont ainsi faire en partie l'ouvrage du tégument externe et le laisser se reposer ? Quelle que soit la valeur de ce raisonnement, c'est par lui que le D^r Fox semble avoir été conduit à un mode de traitement qui lui a déjà réussi dans cinq cas de pityriasis rubra.

Le malade dont il s'agit actuellement était, il faut le dire, dans des conditions favorables ; son affection ne datait que de deux mois, et la congestion de la peau n'avait pas encore produit d'altérations secondaires.

Le malade commença par prendre trois fois par jour une potion contenant de l'acétate de potasse, du bicarbonate de potasse et de l'esprit de genièvre. Il continua pendant deux mois cette médication ; comme topiques, simples onctions huileuses, et quatre bains de vapeur, seulement à la fin, quand la peau commença à reprendre son état normal. Puis, pour achever la guérison, il prit à l'intérieur du perchlorure de fer, à l'effet de tonifier et de faire contracter les vaisseaux cutanés relâchés par l'hyperémie. (*The Lancet*, février 1874.)

D^r Ch. Schw.

SUR UN CAS DE NÉVROME DOULOUREUX DE LA PEAU. (DUHRING.)

Le Dr Duhring de Philadelphie publie sous le nom de névrome douloureux de la peau l'observation suivante, dont je vais résumer les traits essentiels, à cause de sa nouveauté et de son importance :

Il s'agit d'un homme, âgé de 70 ans, qui présente sur toute la partie externe du bras gauche et sur la région scapulaire du même côté une série de nodosités confluentes, siège de phénomènes névralgiques d'une intensité extrême. Il y a 10 ans que ces nodosités commencèrent à apparaître sur l'épaule ; elles étaient peu nombreuses au début, et ne déterminaient aucune douleur, seulement de la démangeaison. Elles se multiplièrent peu à peu et, au bout de 4 ans, le bras et l'épaule en étaient couverts ; il s'en est encore développé quelques-unes jusqu'au moment actuel. Pendant 3 ans, ces espèces de verrues restèrent indolentes. Mais, aujourd'hui, on ne peut les toucher sans déterminer une douleur plus ou moins vive, et de plus, elles sont le siège de paroxysmes d'accès névralgiformes. Ce sont même ces paroxysmes qui sont le caractère subjectif le plus saillant de cette affection. Ils durent de quelques minutes à une demi-heure, et leur durée est proportionnelle à l'intensité de la douleur, laquelle est parfois épouvantable. Ils se reproduisent une ou deux fois par jour, quand le malade est calme ; mais s'il est tourmenté ou excité par une cause quelconque, ils peuvent être beaucoup plus fréquents. L'exposition au froid, le frottement de la main, les mouvements du bras indispensables pour changer de vêtements, le plus léger courant d'air, toutes ces circonstances sont autant de causes qui donnent naissance à une attaque plus ou moins pénible. L'état de l'atmosphère a une influence très-évidente sur le malade. Il souffre toujours beaucoup plus la veille d'un

orage ou d'un changement de temps de quelque importance, plus pendant la mauvaise saison que pendant l'été. Durant l'accès, la région affectée devient brûlante au toucher et s'injecte ; elle passe par différentes nuances jusqu'à ce qu'enfin elle devienne pourpre ou même quelquefois livide. Quand la douleur est à son acmé, le bras est pris de tremblements convulsifs.

Cette affection est caractérisée anatomiquement, avons-nous dit, par de petites nodosités incorporées à la peau et au tissu sous-cutané ; elles sont arrondies, dures et varient de dimensions depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'un gros pois ; elles ont l'aspect de tubercules ; aucune n'est pédiculée.

Dans l'espoir qu'on pourrait se mieux rendre compte de la nature de son mal, le malade consentit à l'excision de quelques-uns des tubercules cutanés. L'examen microscopique de ces tubercules montra une hypertrophie partielle, disséminée, de la couche papillaire et une infiltration du chorion par du tissu conjonctif de formation nouvelle ; on trouva bien çà et là dans diverses préparations des filaments isolés, ressemblant beaucoup à de très-fines fibres nerveuses ; mais il fut impossible de trouver ni troncs ni branches.

Ce cas est sans analogue dans la littérature médicale ; cependant les traits généraux de cette affection sont d'un tel caractère, que l'auteur l'a rangé sans hésitation dans la classe des névromes ordinaires. En cela, nous croyons qu'il a eu raison. Les névromes, ceux qui siègent sur le trajet des nerfs, ont, il est vrai, des signes objectifs tout à fait différents ; mais leurs symptômes subjectifs sont, dans bien des cas, très-voisins de ceux observés chez le malade de M. Duhring. Ils donnent lieu à des accès douloureux, revenant sans cause appréciable, ou sous l'influence d'une excitation quelconque ; quelquefois ils déterminent un tres-

saillements spasmodique des parties affectées (Paget), etc., etc. Ne pourrait-on pas rapprocher aussi le cas de M. Duhring, de certaines tumeurs singulières de la peau décrites par M. Verneuil (*Archives de méd.*, nov. 1861) et M. Follin (*Pathol. ext.*, page 220, t. II) sous le nom de névromes plexiformes, et de celles que Valentine Mott (*Médico-chirurg. transactions*, vol. XXXVII, p. 155, et en extrait dans les *Archives de méd.*, 1855, tome V, page 471) a décrites sous le nom de pachydermatocèles ? (*American Journal of the Medical Sciences*, octobre 1873.)

D^r Ch. SCH.

DU CATARRHE CHRONIQUE DES CONDUITS DES GLANDES DE MÉRY,
par le D^r Amilcare RICORDI. Mémoire couronné à Milan
au concours de 1871 (*premio del l'Acqua*).

Le syphiligraphe italien décrit sous ce titre une affection chronique des voies urogénitales dont on retrouve l'histoire ébauchée, entrevue par les auteurs anciens, par Cowper, par Littré en particulier. Ces auteurs, de même que Børhaave, Bell et Astruc, avaient démontré que dans la gonorrhée il y avait presque toujours inflammation des glandes de Méry, fait qui de nos jours a été contesté d'abord, puis oublié. On doit distinguer, d'après Ricordi, deux formes dans l'inflammation de ces glandules : l'une dont le produit consiste en quelque gouttes d'un liquide opalin constitué par quelques globules opalins et des cellules épithéliales pavimenteuses, qui en se desséchant laissent sur le linge de petites taches jaunâtres entourées d'un cercle grisâtre. Sous l'influence d'une excitation un peu vive, de phénomène inflammatoire de voisinage, ce produit peut devenir franchement purulent. Il est alors presque impossible de le distinguer des produits uréthraux. Dans la se-

conde forme, qui est beaucoup plus grave, on trouve comme sécrétion une ou plusieurs gouttes de muco-pus qui viennent le matin coller les lèvres du méat; lorsque l'on prend certaines précautions on voit cette sécrétion prendre la forme de filaments minces et allongés, en général au nombre de deux. Ils ont deux, trois et parfois même cinq centimètres de longueur, et sont constitués par un liquide gélatineux renfermé dans une membrane très-mince qui n'est autre que l'épithélium exfolié des canaux des glandules de Cowper. C'est du moins ce qu'a révélé à M. Visconti l'examen microscopique plusieurs fois répété. Les symptômes subjectifs souvent sont nuls ou à peu près : ils se bornent à une sensation persistante de plénitude du canal; mais lorsque la durée de cette affection n'est pas abrégée par les efforts de l'art, les malades tombent dans le marasme, désespérés de cette perpétuelle sécrétion qui agit d'une manière déplorable sur leur moral.

On ne voit avec l'endoscope qu'une légère rougeur de la muqueuse uréthrale. La pression périnéale exercée dans la région même où se trouvent ces glandes n'éveille aucune douleur, ne révèle aucune espèce de gonflement. C'est en général à la suite des inflammations chroniques de l'urèthre que l'on observe ces symptômes, qui peuvent à leur tour devenir le point de départ d'une nouvelle urétrite; c'est une épée de Damoclès, perpétuellement suspendue, comme le dit si judicieusement l'auteur.

Nous ne voulons en aucune façon révoquer en doute les faits énoncés par celui qu'on se plaît à appeler le Ricord italien, et nous nous plaçons à rendre justice à la clarté de son exposition; mais ses conclusions thérapeutiques nous semblent un peu radicales pour une lésion en somme aussi légère, et malgré soi l'on se demande ce qui plus est à redouter de cette épée de Damoclès dont la chute n'est que menaçante, ou des coups profonds et certains du cimeterre

de Ricordi (l'instrument de l'auteur se compose d'un uréthrotome dont la lame agit transversalement et a la forme d'un cimeterre). Aussi bornerons-nous nos éloges à féliciter l'auteur d'avoir su distinguer des formes et des degrés dans ces écoulements chroniques qui suivent les blennorrhagies, d'en avoir précisé le siège et la nature, sans vouloir nous engager à suivre son audacieuse thérapeutique.

D^r MOLLIÈRE.

OBSERVATION REMARQUABLE DE RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE
DU RECTUM, par le D^r ZAPPULLA. (*Annali universali di
Medicina*, t. CCXIII, p. 157, Milano, 1870.)

Le sujet de cette observation est un collègue et très-intime ami de l'auteur. Il est âgé de 36 ans environ, d'une constitution robuste, mais d'un tempérament nerveux. Voici en quelques mots les principaux traits de son histoire; nous ne saurions trop recommander la lecture de ces intéressants détails :

Il eut en 1831 une blennorrhagie avec une ulcération du gland et adénite inguinale non suppurée. Quels furent les caractères précis de cette ulcération? on l'ignore, toujours est-il que le malade consuma à cette époque plus de cent grammes de pommade hydrargyrique. Toute trace de l'accident a complètement disparu. — Ce ne fut que le 24 septembre 1869 que le malade fut soumis à l'examen de son ami. Jusque-là la santé générale avait été excellente. Il éprouvait alors d'atroces douleurs dans toute la région ischio-rectale, douleurs avec élancements et spasmes intermittents. Soupçonnant l'existence de rhagades (?), il s'était lui-même soumis à des lotions avec l'extrait de rhatania et le laudanum, mais sans succès. M. Zappulla constata trois tumeurs stercorales, à l'épigastre, dans le flanc droit,

dans la fosse iliaque gauche. Le ventre était tendu, ballonné. Le sphincter contracturé n'aurait même pas admis le petit doigt.

Quelle pouvait être la cause de cette obstruction intestinale; étaient-ce les rhagades, était-ce le spasme névralgique, était-ce une néoplasie? On ne pouvait s'en assurer. On fit donc la dilatation par la méthode de Récamier, et, vu l'état du malade, sans anesthésie. Un purgatif violent amena la débâcle, tout rentra dans l'ordre; mais le repos ne devait être que de courte durée.

Bientôt, en effet, tous les phénomènes reparurent avec plus d'intensité et le malade fut rapidement réduit au marasme. Pourtant les spasmes de l'anus avaient complètement disparu. On fit alors un examen plus complet à l'aide du toucher, du spéculum, de la sonde. Cette dernière s'arrêtait à 11 centimètres contre un obstacle insurmontable. La surface de la muqueuse était boursouflée, tomenteuse, enfin l'on sentait sur les parties latérales une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Tout dans cet appareil symptomatique semblait exclure l'idée d'une lésion inflammatoire simple ou spasmodique, tout au contraire tendait à faire admettre une affection cancéreuse. Néanmoins Zappulla administra l'iodure de potassium comme ressource ultime. Son action ne se fit pas longtemps attendre. Bientôt, en effet, les douleurs cédèrent, les selles vinrent régulièrement, et trois mois après la guérison était complète.

Comme le fait très-judicieusement remarquer l'auteur, ce fait est intéressant à plus d'un titre, et d'abord au point de vue du diagnostic; tout semblait en effet plaider pour une maladie organique du rectum: la forme, le volume, les douleurs excessives; mais le début de la maladie aurait dû, ce semble, faire éliminer d'emblée l'idée de cancer, puisque les douleurs avaient précédé le mal, puisque la névralgie et les

spasmes avaient été les premiers symptômes observés. Il est vrai que l'on manque un peu de détails sur l'ordre chronologique de l'apparition des symptômes et des lésions; on pourrait aussi se demander quelle était la nature des rhagades observées par l'auteur sur cet intime ami. En tout cas, ce qui ressort de ce fait c'est une nouvelle démonstration de la longueur excessive des périodes qui séparent quelquefois les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis, c'est enfin la possibilité de voir naître sous l'influence de cette diathèse des lésions tellement identiques au cancer, que l'on ne devrait jamais, ce semble, opérer une néoplasie douteuse sans avoir au préalable jugé par l'iode la question de spécificité.

DE LA MÉDICATION MERCURIELLE HYPODERMIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (leçon clinique du professeur Giuseppe PROFETA). (*Clinique des maladies vénériennes et cutanées de Palerme.*)

Après avoir en quelques mots retracé l'historique des injections hypodermique de mercure dans le traitement de la syphilis, l'auteur vient, comme tant d'autres, apporter le tribut de ses observations personnelles; mais ce n'est pas en panégyriste; au contraire, il vient point par point discuter les raisons invoquées jusqu'ici pour faire prévaloir cette méthode.—Beaucoup méritent à peine d'être mentionnées: la facilité du traitement par exemple, son prix peu élevé, enfin la certitude de l'absorption du remède, qui nous met en garde contre la tromperie des malades, surtout avec les prostituées. Mais, a-t-on dit, ce traitement doit être adopté parce qu'il est plus énergique. Ce serait une conséquence de cette loi promulguée par Scarenzio, Ricordi et tant d'autres, que les effets du mercure sont

d'autant plus accentués que l'on a fait, en un temps donné, absorber une dose plus forte.

Ainsi donc, la médication hypodermique 1° serait plus prompte, 2° préviendrait plus efficacement les récidives, 3° mettrait à l'abri des accidents buccaux.

Est-elle réellement plus prompte? Sans doute son action est double, car son action spécifique est renforcée par son action révulsive, et le mercure se retrouve au bout de 24 heures dans la sécrétion du canal de Sténon, ainsi que l'a démontré Ricordi. — Sur 230 observations rassemblées en Italie nous trouvons 11 succès, 20 améliorations, 199 guérisons. L'auteur, par la méthode ancienne, a obtenu sur 93 cas 66 guérisons, 7 succès; par la méthode hypodermique, sur 25 cas 17 guérisons, 3 succès. Il n'y a rien encore de bien merveilleux. Or, sur 244 cas la guérison s'est fait attendre : 15 jours, 23 fois; un mois, 108 fois; un mois 1/2, 52 fois; plus de deux mois, 20 fois.

Lorsque l'on songe que, d'après les statistiques de Boeck, la durée du traitement par la méthode ancienne est en moyenne de 126 jours, on ne peut refuser à la pratique nouvelle une véritable supériorité; mais une telle rapidité dans la guérison doit nous la rendre suspecte. Voyons quelle est la proportion des récidives. — Boeck, après avoir compulsé 3,123 cas, a noté 33% de récidives; Lewin 81% : on ne peut faire de comparaison sérieuse avec des chiffres aussi disparates. Néanmoins, dans la pensée du professeur de Palerme comme dans celle de Taylor, elles sont avec la méthode nouvelle à peu près aussi fréquentes. Quant à la stomatite, elle s'observe très-souvent avec les injections hypodermiques. Elle est notée 22 fois dans les 230 observations réunies par l'auteur. Lewin la trouve dans une proportion de 37%. — Parfois elle affecte une gravité extrême. Telle est le cas observé par Casati où il y eut stomatite gangréneuse, celui de Pétroni où il y eut des érup-

tions hydrargyriques très-abondantes, mais ces inconvénients sont loin d'être les seuls. — La douleur est parfois des plus vives, se prolongeant pendant plus de 4 heures (Lauri). Enfin l'on produit presque toujours des eschares (Scarenzio) ou des abcès (Appini et Ragazzoni) qui peuvent parfois devenir le point de départ d'accidents graves (phlegmons, décollements, etc.); et tous les sels de mercure essayés jusqu'ici ont la même propriété : mercure soluble de Hanneman (Ambrosoli), oxyde noir de Moscati (Scarenzio), phosphate de mercure (Ricordi), bisulfate de mercure (*id*), cyanure et biiodure (Scarenzio), iodure double de mercure et de sodium (Lauri), iodure de mercure et de potasse (Martin), bichlorure de Mercure et chlorure de sodium (Profeta).

Ainsi donc, les injections sous-cutanées sont loin de mériter tous les éloges dont on s'est plu à les accabler; mais doit-on pour cela les proscrire? telle n'est pas l'opinion du professeur Profeta.

Mais elles ont des indications spéciales, à savoir : 1° les cas où, l'estomac ne tolérant plus le mercure, on ne peut à cause de l'état de la peau se servir de cette voie d'absorption; 2° les cas qui résistent aux méthodes ordinaires : c'est alors un moyen de plus de varier la médication; 3° les cas où l'on a intérêt à obtenir un résultat très-rapide, dût-il ne pas être durable (compression cérébrale, grossesse, etc). Suivent les 25 observations recueillies à la clinique de Palerme. Nous nous bornerons à ce rapide énoncé. Les chiffres rassemblés par l'auteur sont importants; jugent-ils définitivement la méthode? je l'ignore. Quelles seront les statistiques des autres pays, et surtout que deviendront tous ces malades si rapidement guéris? c'est ce que l'avenir seul peut nous apprendre; mais on ne saurait oublier que trop souvent la gravité des accidents tertiaires est en raison

directe de la bénignité, de la rapidité de disparition de ceux des premières périodes. D^r M.

ACIDE PHÉNIQUE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES.

Le professeur Doutrelepon recommande l'acide phénique dans le prurigo, le prurit et spécialement dans le psoriasis. Dans l'eczéma, il le trouve seulement utile pour atténuer l'intolérable démangeaison qui accompagne cette maladie, et par là diminuer la disposition du patient à se gratter.

Dans un cas de psoriasis durant depuis quinze ans, dans lequel la surface entière du corps était affectée, l'administration de l'acide phénique à l'intérieur, prolongée et à fortes doses, amena une guérison complète, et l'auteur espère, en continuant le médicament à doses plus faibles, pouvoir prévenir le retour de l'affection. Les quantités d'acides phénique que prescrit le professeur Doutrelepon sont assez élevées; il en fait prendre 40 grains, divisés en plusieurs doses, dans le cours de la journée. Il n'a jamais, à la suite, vu d'albumine dans l'urine, ni reconnu aucun genre d'inconvénient. Cependant, il a l'habitude de commencer par de faibles doses, ordonnant, par exemple, 7 grains par jour, sous forme de pilules (*Vortrag in der med.*, etc. et *Bulletin de thérapeutique*).

Le gérant, G. MASSON.

Glichy. — Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (153, 5-4.)

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

LA BALANOPOSTHITE ; SON RÔLE A L'ÉGARD DU
CHANCRE ET SON TRAITEMENT RADICAL, par le
Dr Anton NYSTRÖM, de Stockholm.

Il y a peu d'affections cutanées qui, dans les ouvrages dermatologiques, aient été traitées aussi légèrement que la balanoposthite ; sa pathologie aussi bien que sa thérapeutique ont été négligées. Et cependant, cette affection est, dans un très-grand nombre de cas, extrêmement désagréable et dangereuse, et ne possède pas encore un traitement vraiment efficace.

Cette inflammation de la membrane muqueuse du gland et de la face interne du prépuce, qui, à cause du suintement mucoso-purulent qui l'accompagne ordinairement, a été nommée *blennorrhée du gland*, doit être considérée comme une affection eczémateuse, dépendante tantôt de quelque maladie constitutionnelle, tantôt d'une cause externe, tantôt de ces deux causes à la fois. J'ai constaté que

dans les deux tiers des cas, les malades affectés d'une balanoposthite présentaient des symptômes d'une maladie constitutionnelle : arthritisme (ou rhumatismes), scrofuleuse, herpétisme. Le plus grand nombre était atteint d'arthritisme.

Les causes externes, en général les seules admises par les auteurs, sont : le contact du fluide de la blennorrhagie contagieuse, de la leucorrhée, de la menstruation, de l'eczéma vulvaire ; les frottements violents pendant le coït ; le séjour de la matière sébacée, sécrétée par les glandes de Tyson, devenue très-irritante par une fermentation acide.

Je suis porté à croire qu'un grand nombre des balanoposthites provoquées par des causes externes ont également une cause prédisposante, soit connue (une des maladies signalées ci-dessus), soit inconnue encore.

S'il n'existe pas de prédisposition, pourquoi tous les hommes ne contractent-ils pas de balanoposthite sous l'influence de ces causes externes ?

Nous savons qu'il n'en est pas ainsi dans bon nombre de cas, que beaucoup d'hommes qui négligent complètement les soins de propreté et chez lesquels on trouve de grands amas de matière sébacée dans la fosse coronaire n'ont jamais eu cette affection. D'autre part, beaucoup d'hommes n'en ont jamais observé le moindre symptôme, quoiqu'ils aient eu des rapports avec des femmes ayant des écoulements vaginaux irritants et contagieux.

D'un autre côté, j'ai été à même de constater que la balanoposthite peut survenir sans avoir été provoquée par aucune cause externe, mais dans ces cas une maladie constitutionnelle existait le plus souvent, et chez ces malades l'affection pendant un certain temps reste latente ; chez d'autres elle peut survenir sans aucune cause externe. Souvent elle se manifeste chez ces malades subitement et revêt en peu de temps — en un ou deux jours — une forme

inflammatoire très-prononcée, ce qui pourtant n'a pas lieu une fois que l'affection est devenue chronique.

Au début, elle n'est jamais très-intense, elle survient plus lentement et offre des symptômes légers, peut-être même ne dépasse-t-elle pas l'état érythémateux, — caractère qu'elle conserve continuellement chez d'autres malades.

Dans les cas légers, les phénomènes subjectifs ne sont pas très-marqués ; mais en général ces cas sont plus rares que ceux où se produisent des symptômes plus accentués. La démangeaison, la chaleur, les sensations désagréables, un écoulement visqueux, incommode les malades souvent à un tel degré qu'ils en sont véritablement souffrants.

La balanoposthite peut déterminer une vive irritabilité de la verge, et quelques malades m'ont assuré que, pendant le traitement (avec de la *glace* même), ils ont éprouvé quelquefois des pertes séminales, accident qui ne se renouvelait pas dès qu'ils se sont traités avec plus de prudence.

Dans tous les cas non blennorrhagiques, j'ai observé que l'affection commence toujours sur la face interne du prépuce, c'est-à-dire comme une posthite ; qu'elle débute ordinairement par de petites taches circonscrites, — plus particulièrement dans l'arthritisme, — et qu'elle se propage consécutivement à des parties voisines du prépuce et du gland. Aussi est-il probable que la balanite peut être éveillée par l'irritation occasionnée par le contact du prépuce enflammé (*per contiguitatem*).

La balanite seule est très-rare, et, comme complication de la posthite, elle n'est également pas très-fréquente. Par le fait, la posthite joue le rôle principal dans cette affection.

Laissée à elle-même, l'affection grandit toujours et atteint dans beaucoup de cas un très-haut degré. Toute la partie tuméfiée devient très-sensible, et un mouvement

fébrile peut s'établir; les glandes inguinales peuvent s'engorger, d'où il résulte souvent qu'elles restent légèrement tuméfiées après la guérison de la balanoposthite. J'ai observé cet état chez des hommes qui n'avaient jamais eu d'affections vénériennes.

L'odeur du smegma et de l'exsudation devient en général très-rapidement pénétrante et désagréable. L'épithélium est bientôt érodé, puis des ulcérations, des végétations, des adhérences et des rétrécissements du prépuce se forment dans beaucoup de cas. Il peut en résulter un état chronique dans lequel le tissu cutané et sous-cutané tuméfié se resserre et occasionne un phimosis, qui est d'autant plus désagréable que l'inflammation balano-préputiale persiste.

Mais la balanoposthite n'est pas seulement une affection désagréable, elle peut aussi être très-dangereuse, pour les hommes qui s'exposent aux chances d'une infection par le virus chancreux.

La balanoposthite, dans un grand nombre (peut-être la plupart) des cas, a certainement été la porte d'entrée du virus. Déjà la localisation des chancres mous et des chancres indurés, qui se fait presque toujours à la face interne du prépuce et dans la fosse coronaire, fait soupçonner qu'il doit en être ainsi.

C'est un fait avéré, que le virus chancreux ne pénètre jamais dans l'organisme sans que la partie qui subit le contact de la matière virulente ne soit dépouillée de son épiderme ou de son épithélium.

On sait aussi que beaucoup d'hommes s'exposent au virus sans être infectés, tandis qu'il y a d'autres individus qui le sont très-souvent dans les mêmes circonstances; cela tient à ce que, chez les premiers, l'épithélium était fort et sain, et chez les derniers, au contraire, mince, faible ou érodé.

Il est évident qu'un épithélium mince peut facilement se

déchirer pendant un coït violent et qu'alors une porte est ouverte au virus ; mais il est également certain qu'une inflammation du prépuce et du gland aurait le même résultat, sinon un plus grand, parce que l'épithélium mouillé se déchire encore plus facilement, et qu'en outre, le plus souvent, des érosions existent déjà.

Malheureusement un grand nombre d'hommes ne font aucune attention à cette inflammation, et d'autres, par une fausse pudeur, n'osent pas aller consulter le médecin pour cette affection. Mais ce qui est peut-être encore plus regrettable, c'est que les médecins, très-souvent (c'est même la règle), considèrent la balanoposthite comme une affection insignifiante et sans aucune gravité. « Soyez tranquille, votre affection est légère, c'est seulement un simple échauffement, et sans aucun danger, » etc. C'est là une consolation assez douteuse pour le malade, — mais cependant assez fréquemment donnée par les médecins !

Cependant, j'ai observé que la plupart des chancres mous ou indurés, mais spécialement les plus graves d'entre eux, se rencontrent chez des hommes antérieurement affectés de balanoposthites, et qu'ils sont localisés justement sur les points où siège cette inflammation.

Parfois les chancres mous étaient au nombre de huit à dix, entourant parfaitement la verge, et les chancres indurés se trouvaient quelquefois sur la plus grande partie de la portion réfléchie du prépuce et par leur dureté empêchaient de décalotter pendant trois à quatre semaines.

Plusieurs de ces malades m'ont assuré qu'ils étaient toujours très-modérés dans leurs plaisirs vénériens et qu'ils lavaient soigneusement la verge et le prépuce après le coït et en prenant la précaution de décalotter ; mais, par l'examen anamnestique, j'ai trouvé qu'ils avaient eu antérieurement des balanoposthites simples. Quelques-uns de ces malades avaient été traités par moi pendant plusieurs an-

nées pour d'autres affections cutanées, mais jamais ils n'avaient songé à me consulter pour leur balanoposthite. Ces « bagatelles », cette « chaleur », qu'avec raison ils ne regardaient pas comme vénériennes, avaient généralement disparu *pour quelque temps* par des soins de propreté répétés. Mais cette inflammation avait présenté de continuelles récidives, et à la fin ces personnes furent infectées.

La forme des chancres indurés peut souvent nous prouver qu'une balanoposthite a été la porte d'introduction du virus. Nous savons que l'induration peut être très-petite, circonscrite, élevée, de la forme et de la grosseur d'une lentille ou d'un demi-pois, mais que d'autres fois elle s'étend sur une très-grande partie du prépuce ou du gland, et que l'épaisseur alors en est peu considérable (chancre parcheminé de Ricord). Il est évident que ces formes différentes ne dépendent pas du virus syphilitique, mais de certaines conditions anatomiques de la peau même. Aussi a-t-on constaté que la bénignité ou la malignité de la syphilis ne peut être prédite d'après la forme et la grosseur du chancre induré.

Nous savons aussi qu'une induration chancreuse est plus ou moins étendue, suivant que le tissu du point infecté est plus ou moins spongieux.

Quant à la forme arrondie et circonscrite du chancre, il est incontestable qu'elle dépend de l'introduction du virus dans un follicule sébacé, dont l'épithélium de l'ouverture, par suite d'une affection acnéique, a été érodé. Pourquoi la forme, en d'autres cas, est-elle plus étendue et mince? c'est sans doute parce qu'une balanoposthite a existé avant l'infection.

Le traitement que l'on a conseillé contre la balanoposthite a toujours été : les lotions avec de l'eau ou avec des solutions légèrement astringentes, et tout le monde a pré-

tendu que ces moyens étaient suffisants pour obtenir la guérison.

Cependant cela n'est vrai que pour certains cas et dans certaines conditions, c'est-à-dire pour les balanoposthites purement locales, les blennorrhées, etc. Mais quand la balanoposthite dépend d'une maladie constitutionnelle compliquée ou non d'une cause externe, ce traitement est tout à fait insuffisant et peut seulement amener une guérison éphémère.

J'ai vu des cas où l'affection a persisté plusieurs années, pendant lesquelles il est survenu des récidives fréquentes, ou plus exactement des poussées successives, malgré la plus grande propreté et des lotions astringentes.

Après ces moyens, j'employais des solutions aqueuses fortes de nitrate d'argent (1 sur 8 ou 6), puis des solutions de perchlorure de fer (1 sur 4), appliquées à l'aide d'un pinceau. Ces applications étaient douloureuses et brûlantes, mais de courte durée, disparaissant au bout de 5 à 10 minutes.

Ce traitement déterminait une guérison momentanée de quelques jours, mais la maladie reparaisait bientôt après.

Ces résultats désespérants m'ont forcé à chercher un autre moyen plus rationnel; et j'ai pensé qu'un agent qui pourrait à la fois guérir l'affection actuelle et fortifier la peau du prépuce serait le remède cherché.

Le *tannin* m'a semblé avoir toutes ces propriétés, et je commençai (il y a plus de trois années) à l'employer directement *en poudre* sur les surfaces enflammées.

Le résultat fut tout à fait remarquable; non-seulement l'application n'était suivie d'aucune douleur, d'aucune sensation, mais la démangeaison cessait *aussitôt* et la guérison survenait après une seule, quelquefois deux applications.

La peau du prépuce reprend très-vite un aspect normal, devient blanche, forte ou un peu plus épaisse, mais elle ne perd pas du tout sa souplesse.

Des solutions concentrées de tannin dans de l'eau ou de la glycérine ne possèdent pas la même efficacité ; la différence est considérable entre l'effet de ces solutions et celui de la poudre. C'est seulement dans le cas où la balanoposthite est compliquée d'un phimosis, où s'il est impossible d'appliquer la poudre, qu'il faut employer une *solution saturée* de tannin dans la glycérine.

Dans ces cas on passe sur la muqueuse un pinceau imbibé de cette solution, après que les parties sous-préputiales ont été lavées avec de l'eau.

S'il y a des ulcères et des rhagades dans l'ouverture même du phimosis, on peut aussi avoir recours à une pomade au tannin (1 sur 4).

Après quelques jours de ce traitement le malade peut commencer à décalotter, et on essaye alors plusieurs fois par jour de dilater l'ouverture avec l'extrémité des deux petits doigts. Bientôt le prépuce peut être complètement renversé et il est alors possible de faire le traitement avec la poudre.

Voici quel est le mode opératoire dans la balanoposthite simple : le prépuce étant retiré en arrière, on le tend afin d'effacer tous les plis ; puis on lave avec de l'eau de manière à enlever toutes les matières sécrétées. Après cela on saupoudre de tannin toutes les parties enflammées, de façon à les couvrir parfaitement. La couche de poudre doit être assez épaisse, d'environ un millimètre.

Le prépuce est ensuite ramené dans sa position naturelle sur le gland, et jamais il n'est nécessaire d'interposer du linge ou de la charpie pour isoler les surfaces.

Le jour suivant on retire le prépuce en arrière et on lave toute la verge avec de l'eau ; il faut renouveler ces lotions tous les jours ou tous les deux jours. Au bout de quelque temps on fait une nouvelle application de tannin, ensuite on la répète tous les quinze jours pour le premier

mois ; après ce laps de temps il suffit de la faire une fois par mois, peut-être même tous les deux ou trois mois, ce qui dépend de la disposition plus ou moins grande de l'affection à récidiver.

Quant à la température de l'eau pour les lotions, il est préférable de l'avoir très-froide. En réalité, j'ai trouvé que l'eau froide est, après le tannin, le meilleur moyen contre la balanoposthite. Seulement, il faut éviter l'eau de mer, qui est nuisible dans ces cas-là.

Comme l'irritabilité de la verge peut être très-grande, il faut faire toutes ces petites opérations assez rapidement et en plusieurs fois, à dix ou quinze minutes d'intervalle, afin que les nerfs irrités par la rétraction puissent se calmer. Il est utile de le dire aux malades avant qu'ils commencent leur traitement, une perte involontaire de semence peut survenir dans ces conditions.

En même temps qu'on emploie ce traitement local, il est nécessaire de modifier la constitution du malade, afin de pouvoir encore mieux atténuer ou faire cesser la disposition inflammatoire du prépuce. Cette méthode est la meilleure pour guérir radicalement cette affection.

Le traitement avec la poudre de tannin peut aussi être employé pour fortifier un prépuce sain, mais qui est seulement délicat et faible.

Dans les inflammations des orifices des follicules sébacés, qui peuvent devenir le siège de chancres, ce traitement a également la même efficacité.

Il est donc évident que le tannin, par son action prompte et remarquable, est véritablement le moyen prophylactique le plus radical contre les affections chancreuses, et si on ne peut le considérer comme un véritable spécifique contre ces ulcérations, il n'en constitue pas moins un des plus sûrs remèdes pour diminuer cet affreux fléau de l'humanité.

II.

DE LA SYPHILIS INOCULÉE, par M. J. ROLLET, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Les expériences d'inoculation artificielle de la syphilis, qui ont servi autrefois à démontrer la contagion des accidents syphilitiques secondaires, ne présentent pas moins d'intérêt aujourd'hui au point de vue de la doctrine plus controversée de la pluralité des maladies vénériennes, et même comme simple étude du chancre primitif observé jour par jour à partir du moment de l'inoculation jusqu'à la fin de son évolution régulière et naturelle.

Ces expériences, c'est-à-dire les véritables inoculations syphilitiques faites sur des sujets sains avec la matière contagieuse des divers accidents de la maladie datent de 1835, et c'est à Wallace qu'en reviennent l'initiative et la responsabilité. Elles sont loin d'être inoffensives, et c'est pourquoi leur nombre est assez limité; mais ce n'est que là, il ne faut pas l'oublier, qu'on voit se dérouler réellement les effets du virus syphilitique, et non plus ceux du pus de chancre simple, ou du muco-pus blennorrhagique. J'ai rapporté *in extenso* et discuté toutes ces observations dans un autre ouvrage (*Traité des malad. vén.*, Paris, 1865, p. 495). Je les avais empruntées à Wallace (*Annales de la syphilis des maladies de la peau*, t. IV); Waller (*Ibid.*, t. III); Vidal (*Traité des malad. vén.*, p. 539); Rinecker (*Archives générales de médecine*, 1858); anonyme du Palatinat (*Ibid.*); Rollet (*Archives générales de médecine*, 1859); Gibert (*Traité des*

malad. de la peau et de la syphilis, t. II, p. 487); Guyenot (*Gazette hebd. de méd.*, 1859); Galligo (*Ibid.*, 1860); Pellizzari (*Ibid.*, 1862); Bærensprung (*Ibid.*, 1862); Lindwurm (*Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen Krankheiten*, trad. de Lortet); Belhomme (*Bulletin de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1864); Puche (obs. communiquée). Comme il n'est pas probable, pour l'honneur de notre art, que de pareilles expériences, avec leurs dangers aujourd'hui bien connus, se renouvellent, et que selon toute apparence la présente collection est complète, je vais l'exposer dans un tableau d'ensemble, sans rien omettre. (Voy. p. 332.)

Dans ces inoculations la matière contagieuse a été empruntée au chancre syphilitique primitif 11 fois, au sang syphilitique 7 fois, aux plaques muqueuses 10 fois, à des syphilides pustuleuses 3 fois, à la syphilide pustuleuse congénitale 1 fois, à des ulcères amygdaliens 1 fois.

C'est au bras et à l'avant-bras que l'inoculation a été le plus souvent pratiquée, puis à la cuisse, à l'abdomen et à la verge; on l'a pratiquée aussi à l'épaule et à la nuque.

En général, l'inoculation a été faite d'un seul côté et, quand il y a eu plusieurs points inoculés, tous l'ont été simultanément. Cependant quelques expérimentateurs ont inoculé à la fois les deux côtés du corps; d'autres ont fait des inoculations successives.

Le mode le plus souvent employé a été l'inoculation par piqûre sous-épidermique. Le nombre des piqûres a varié de une à trois; on en a fait exceptionnellement jusqu'à quatre, cinq, six et même dix.

Le mode le plus usité, après les piqûres, a été l'application de la matière contagieuse sur une surface excoriée, c'est-à-dire dépourvue de son épiderme par le frottement ou au moyen du vésicatoire. On a employé ce mode d'inoculation une dizaine de fois; on a pratiqué la scarification

Tableau chronologique des inoculations de la syphilis à ses différentes périodes.

NUMÉRO de l'observation.	NOM de l'observateur.	LÉSION INOCULÉE.	JOÜR de l'inoculation.	JOÜR de l'apparition de l'accident primitif.	DURÉE de l'incubation.	JOÜR de l'apparition des accidents secondaires.	INTERVALLE entre l'accident primitif et les accidents secondaires ou 2 ^e incubation.
I.	Puche.	Accident primitif.	29 janv et 10 févr. 1863.	8 mars.	39 jours, 17 jours.	10 avril.	33 jours.
II.	Rinecker.	—	13 février 1863.	9 mars.	24 jours.	Comm. de mai.	53 à 60 jours.
III.	Bacensprung.	—	28 mai 1859.	25 juin.	27 jours.	29 août.	64 jours.
IV.	Lindwurm.	—	5 juin 1861.	20 juin.	45 jours.	8 juillet.	18 jours.
V.	Lindwurm.	—	10 et 12 juillet 1861.	29 juil., 5 août.	19 jours, 24 jours.	Milieu de sept.	1 mois $\frac{1}{2}$ environ.
VI.	Gilbert.	—	28 février 1859.	.....	Moy. des observations XIII, XVII et XVIII.	.....	.....
VII.	Rollet.	—	.....	.....	18 jours	.....	.....
VIII.	Belhomme.	—	.....	.....	35 jours	.....	.....
IX.	Anonyme du Palatinat.	Accident primitif, sang, plaques muqueuses.	5 octobre 1859.	10 novembre.	45 à 42 jours	.....	26 à 107 jours.
X.	Pellizzari.	Sang.	.....	.....	.....	.....	.....
XI.	Waller.	.....	9 février 1862.	3 mars.	25 jours.	4 avril.	32 jours.
XII.	Lindwurm.	.....	27 juillet 1850.	31 août.	34 jours.	1 ^{er} octobre.	31 jours.
XIII.	Gilbert.	.....	27 mai 1861.	.....	28 jours	.....	.....
XIV.	Wallace.	Plaques muqueuses.	10 août 1835.	7 septembre.	35 jours	24 octobre.	47 jours.
XV.	Wallace.	.....	19 et 28 août 1835.	.....	.....	26 octobre.	5 semaines environ.
XVI.	Wallace.	.....	21 août 1835.	.....	Un peu moins d'un mois	6 novembre.	6 semaines environ.
XVII.	Gilbert.	.....	25 janvier 1859.	12 février.	17 jours.	31 mars.	28 jours.
XVIII.	Gilbert.	.....	.....	.....	25 jours.	5 mars.	12 jours.
XIX.	Gallo.	.....	.....	.....	16 jours.	.....	.....
XX.	Waller.	.....	6 août 1860.	30 août.	25 jours.	27 septembre.	27 jours.
XXI.	Guyenet.	.....	7 janvier 1859.	4 février.	28 jours.	30 mars.	54 jours.
XXII.	Bacensprung.	.....	20 mai 1859.	17-21 juil.	30 jours.	.....	.....
XXIII.	Lindwurm.	.....	8 décembre 1860.	.....	21 jours.	.....	.....
XXIV.	Wallace.	Syphilide pustuleuse.	13 novembre 1835.	14 décembre.	20 jours.	21 janvier.	37 jours.
XXV.	Wallace.	.....	1 ^{er} juil. 1835.	29 juin.	28 jours.	24 juillet.	27 jours.
XXVI.	Vidal.	Syphilide pustuleuse con-	28 octobre 1849.	5 décembre.	33 jours.	25 avril environ.	4 mois $\frac{1}{2}$ environ.
XXVII.	Rinecker.	Syphilide pustuleuse con-	5 janvier 1852.	2 février.	28 jours.	12 juin.	130 jours.
XXVIII.	Lindmann.	Ulcères amygdaliens.	8 juillet 1851.	18 juillet.	10 jours.	1 ^{er} octobre.	72 jours.

deux fois ; la scarification et l'excoriation combinées une fois ; l'injection sous-cutanée une fois (obs. XII.)

L'effet immédiat a été à peu près insignifiant et le même qui aurait pu se produire après des piqûres simples avec une lancette chargée d'une matière irritante quelconque, ou après des excoriations épidermiques, des vésicatoires et des scarifications pansés avec de la charpie imprégnée de liquides tant soit peu irritants. Au total, tout s'est passé, de prime abord, comme si le liquide inoculé n'eût eu aucun caractère contagieux ; il y a toujours eu une incubation d'une durée variable.

Incubation. Celle-ci n'a manqué dans aucune expérience. La plus longue est celle de 42 jours, notée par l'anonyme du Palatinat, et la plus courte celle de 10 jours, observée sur M. Lindmann. Si on laisse de côté quelques observations où elle n'a été évaluée qu'approximativement, on voit que, dans celles où on l'a exactement notée, elle a été de 39, 17, 24, 27, 15, 19, 24, 18, 35, 15, 42, 25, 34, 28, 35, 27, 17, 25, 16, 25, 28, 30, 21, 29, 28, 35, 28 et 10 jours. Ce qui donne pour moyenne un peu plus de 25 jours, et un peu moins de 26.

On peut aussi établir des moyennes partielles en réunissant les cas où une lésion syphilitique de même ordre a été inoculée.

Après les inoculations du chancre primitif, l'incubation a été de 39, 17, 24, 27, 15, 19, 24, 18 et 35 jours. Ce qui fait un maximum de 39, un minimum de 15 et une moyenne de 24.

Après les inoculations du sang, l'incubation a été de 25, 34, 28 et 35 jours. Maximum 35, minimum 25 et moyenne 30.

Après les inoculations de plaques muqueuses, en y comprenant l'expérience faite sur M. Lindmann, où c'est probablement une plaque muqueuse ulcérée du gosier qui a

été inoculée, l'incubation a été de 27, 17, 25, 16, 25, 28, 30, 21 et 10 jours. Maximum 30, minimum 10, moyenne 22, c'est la plus courte.

Les inoculations de syphilides pustuleuses ont eu pour incubation 29, 28, 35 et 28 jours. Maximum 35, minimum 28 et moyenne 30, comme avec les inoculations du sang.

Dans la plupart des inoculations simultanées, faites soit par piqûre, soit autrement, sur des endroits rapprochés ou éloignés, le résultat a été presque partout positif, en ce sens qu'une lésion spécifique s'est développée sur autant de points qu'il avait été fait de piqûres ou d'érosions. Sur 26 piqûres simultanées, faites chez 11 malades, j'en voit 23 qui ont donné un résultat positif.

Lorsque les inoculations ont été successives, on a aussi obtenu sur presque tous les points un résultat positif, mais on a eu plus souvent des succès qu'en agissant suivant le premier mode.

Wallace, Puche et Lindwurm ont pratiqué, le premier deux inoculations successives, à 7 jours d'intervalles; le second deux inoculations, à 22 jours d'intervalle; le troisième une série de trois, puis une série de deux inoculations, à 2 jours d'intervalle, et toutes ont fourni un résultat positif.

Au contraire, M. Belhomme a fait à son malade quatre inoculations successives à 1, 5 et 2 jours d'intervalle et n'a obtenu que deux résultats positifs. M. Gibert dit aussi avoir fait à un de ses malades plusieurs inoculations successives (sans en préciser le nombre, ni indiquer l'intervalle qu'il a mis entre elles), dont deux seulement ont réussi.

Dans les deux inoculations successives de M. Puche, faites à 22 jours d'intervalle, l'accident primitif a éclos sur les deux points en même temps. La seconde inoculation a donc été signalée par une incubation moins longue de 22

jours que la première, dont la durée fut de 39 jours. Dans les deux séries d'inoculation faites chez une des malades de M. Lindwurm (obs. V), c'est l'inverse qui a eu lieu : les dernières inoculations, faites seulement 2 jours après les premières, ont produit leur effet 7 jours plus tard ; elles ont donc été marquées par une incubation plus longue de 5 jours que celle des premières, dont la durée avait été de 19 jours. Dans l'expérience de M. Belhomme, les deux lésions primitives se sont montrées à 2 jours d'intervalle : en admettant, ce qui est probable, qu'elles aient apparu sur les deux premières piqûres, elles auraient eu également une incubation un peu différente, puisque les deux piqûres n'ont été faites qu'à un jour d'intervalle. Dans les deux inoculations successives faites par Wallace au moyen du vésicatoire, à 7 jours d'intervalle (obs. XV), les effets locaux ont eu lieu simultanément, sans qu'il soit spécifié d'une manière précise au bout de combien de temps ils se sont produits.

Plusieurs expériences ont été faites, notamment par Wallace et par M. Gibert, avec la même matière contagieuse et presque en même temps, mais sur des individus différents, et l'incubation, comme du reste les autres symptômes de la maladie, a varié suivant les individus.

Chancre d'inoculation. Après l'incubation moyenne de 25 à 26 jours, apparaît au point inoculé la lésion initiale, c'est-à-dire le chancre syphilitique primitif. Cette lésion, à caractères très-tranchés, quoique figurant sous des noms divers dans les descriptions des expérimentateurs, est identique dans tous les cas, et cela au début, au milieu, comme à la fin de son évolution.

Période de début. C'est d'abord une rougeur circonscrite, mais qui devient bientôt saillante et prend au premier degré l'apparence d'une petite papule, et, un peu plus tard, à mesure que la saillie s'élève, celle d'un tubercule ou

d'une nodosité dont le volume n'excède pas dans le principe celui d'une lentille ou d'un petit pois. La couleur de cette lésion a quelque chose de spécial : elle est souvent notée comme étant d'un rouge brun, d'un rouge foncé, d'un rouge cuivreux, et déjà elle rappelle la teinte particulière qu'on a de tout temps signalée dans les lésions syphilitiques.

Dans les inoculations pratiquées au moyen du vésicatoire et surtout dans celles où on a employé la scarification, l'accident primitif a presque toujours été, à sa naissance, multiple, apparaissant sous forme de lésions initiales d'abord isolées et ne se réunissant de proche en proche que plus tard, comme si l'inoculation avait été faite sur des points bien distincts, quoique très-rapprochés. Cette circonstance est indiquée dans l'observation de Rinecker, où la surface du vésicatoire se recouvrit d'une masse d'excroissances tuberculeuses confluentes, et surtout dans celle de Waller, où il est dit que quatorze tubercules se développèrent sur les scarifications faites au malade ; ce n'est qu'au bout de quelques jours que les quatorze tubercules ne formèrent qu'un seul chancre.

Ces élevures papuleuses ou tuberculeuses du début sont notées dans beaucoup d'observations comme présentant des phénomènes de desquamation épidermique. Bientôt les squames sèches deviennent une croûte humide, c'est-à-dire que l'élevure s'excorie, s'ulcère pour sécréter l'humeur séro-purulente, qui, en se desséchant, forme la croûte.

Tous les expérimentateurs ont accusé de quelque manière l'ulcération. C'est une règle générale que, dans les inoculations artificielles, l'accident primitif est constitué à un moment ou à un autre de son développement par une ulcération, quelquefois, il est vrai, très-légère.

Évidemment il ne faut pas considérer comme un exemple de lésion primitive non ulcérée le malade cité par l'ano-

nyme du Palatinat, chez lequel la papule, à peine formée, rétrocéda ; pas plus que celui de M. Belhomme ou celui de M. Gibert (obs. XIII). Ce dernier est resté cinquante jours absent, et il est fort possible que, pendant cette longue période de temps qu'il a passé loin du médecin, une ulcération ait eu lieu sans attirer son attention. Le malade de l'anonyme du Palatinat est un exemple d'individu réfractaire à l'inoculation syphilitique, et la lésion qu'il a présentée ne peut être considérée comme un accident primitif normal, puisqu'il ne s'est montré chez lui ultérieurement aucun accident syphilitique. Le fait de M. Belhomme est complexe : c'est un cas remarquable de syphilis atténuée et profondément modifiée par le traitement spécifique ; mais cette irrégularité, par cela même qu'elle est le résultat du traitement, ne peut être invoquée dans l'espèce.

D'ailleurs fût-il arrivé à l'ulcération de faire défaut dans la syphilis inoculée, qu'on pourrait trouver, pour ces cas exceptionnels, des analogues dans la syphilis naturelle. Babington, entre autres, a observé des chancres où l'induration du début n'avait fait que s'excorier légèrement, et même dans lesquels elle avait persisté jusqu'à la fin sans ulcération.

Une fois arrivé à cet état d'ulcération, l'accident primitif est pourvu de ses deux caractères essentiels, ou plutôt de ses deux éléments constitutifs : l'élément plastique, appelé indifféremment papule, tubercule, nodosité, induration, et l'élément ulcéreux, encore plus général que l'autre, ou du moins plus apparent, puisque aucun observateur n'a manqué de le voir, ou de le rendre reconnaissable dans ses descriptions.

Dès lors aussi, tous les phénomènes ultérieurs, bien que décrits en termes variés, ne seront plus, en quelque sorte, qu'une amplification de ce double travail d'ulcération à la surface et d'induration à la base, qui caractérise plus parti-

culièrement la lésion primitive à l'état de développement complet.

L'ulcération succède quelquefois, comme nous l'avons vu, à une exfoliation épidermique sèche qui devient humide, à des squames qui se changent en croûtes. Dans quelques cas plus rares, on a noté à la surface de l'élévure sèche un soulèvement de l'épiderme sous forme de vésicule ou de petite pustule. Le plus souvent l'expérimentateur constate l'ulcération sans indiquer la manière dont la papule, le tubercule ou l'induration s'est ulcérée.

L'ulcération est donc consécutive au développement de la lésion élémentaire papulo-tuberculeuse. Il y a même des cas où l'intervalle qui a existé entre les deux états est indiqué d'une manière précise par les observateurs. Dans les cas où les dates sont exactement notées, on voit que l'ulcération est signalée 5, 8, 3, 8, 4, 3, 3 et 8 jours après la première constatation de la lésion primitive. C'est donc un maximum de 8 jours, un minimum de 3 et une moyenne de 5.

Périodes de progrès et de réparation. L'accident primitif se complète et se développe, comme nous l'avons dit, en redevenant de plus en plus induré à la base et de plus en plus ulcéré à la surface.

L'induration est notée dans la très-grande majorité des observations ; elle y est même appelée par son nom, bien qu'à l'époque où la plupart de ces expériences ont été faites on attachât à ce signe beaucoup moins d'importance qu'aujourd'hui.

Sur les 26 cas que nous avons rapportés, elle est mentionnée expressément 17 fois. Les 9 autres cas ne diffèrent pas en réalité des premiers : on y retrouve la même infiltration plastique de la base du chancre ; seulement, au lieu d'appeler cette base indurée, les observateurs la disent

tuberculeuse (anonyme du Palatinat, Rinecker, Wallace Lindwurm), papuleuse (Gibert), noueuse (Waller), dure et infiltrée (Rinecker), condylomateuse (Wallace). L'induration est qualifiée par Bœrensprung de dureté cartilagineuse; Pellizzari la décrit comme annulaire chez son malade soumis à l'inoculation du sang.

L'ulcération nous apparaît, chez la plupart des inoculés, comme assez étendue, régulière, souvent arrondie, mais superficielle.

Les inoculateurs qui l'ont comparée à des objets usuels nous la représentent comme ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc, de 5 francs, d'un sou de cuivre, d'un six pence d'argent, d'un schelling, d'un kreutzer, d'un thaler, d'un œuf de pigeon.

Presque tous la disent superficielle, suppurant peu. La suppuration est notée bien des fois comme desséchée à la surface du chancre sous forme de croûte, avec du pus liquide au-dessous; ces croûtes, tantôt minces, brunâtres, plus souvent épaisses et saillantes, sont comparées dans plusieurs observations à celles du rupia. Lorsqu'on les détache par le frottement ou par l'application d'un cataplasme, on trouve au-dessous d'elles l'ulcération.

L'ulcération chancreuse avec sa base indurée fait, chez quelques malades, une saillie très-prononcée. Comme les bords de l'ulcère sont rarement taillés à pic, et qu'ils vont, au contraire, se déprimant insensiblement et comme en pente douce de la circonférence au centre, il en résulte que le chancre a la forme d'un entonnoir; il est, en effet, décrit comme infundibuliforme ou déprimé dans quatre observations.

Le fond de l'ulcération est généralement grisâtre avec des teintes variées, plus particulièrement rouges à la circonférence. Le chancre a donc quelquefois une sorte

d'aréole qu'on trouve mentionnée dans la plupart des observations de Wallace.

Vers la fin, le fond de l'ulcération rougit, bourgeonne, devient même fongueux ; puis arrivent la réparation progressive et la cicatrisation. La cicatrice peut conserver encore des traces d'induration. Dans une des observations de Lindwurm, on voit l'induration persister encore dans la cicatrice trois mois après le début du chancre.

Les malades ayant été pour la plupart abandonnés à eux-mêmes jusqu'à l'éclosion des accidents secondaires, l'accident primitif a été long à disparaître. L'anonyme du Palatinat dit positivement que, chez ses inoculés, les symptômes locaux persistaient toujours au moment où les phénomènes généraux se déclaraient. Il en a été de même dans la plupart des autres observations. Dans une des inoculations de Wallace (obs. XIV), le chancre n'était pas encore complètement cicatrisé au bout de quatre mois ; on le trouve encore dans cet état de cicatrisation incomplète, au bout de trois mois, dans une autre inoculation du même auteur (obs. XV), au bout de deux mois dans l'observation de Bœrensprung, et au bout de sept semaines dans celle de Pellizari.

VIRUS SYPHILITIQUE. Le principe contagieux de la syphilis n'est pas un parasite, car on n'a découvert jusqu'à ce jour rien de parasitaire dans sa composition. C'est un virus, puisqu'il présente lui aussi, au plus haut degré, dans son évolution, le phénomène de la multiplication. Inutile d'insister sur ce point qui est parfaitement clair.

Du reste, on n'apprend à bien connaître un virus qu'en étudiant ses effets, c'est-à-dire en entrant dans tous les détails de la maladie contagieuse dont il est tout à la fois la cause génératrice et le produit. Ici nous ne devons nous occuper que de ceux des attributs du virus syphilitique que

les inoculations ont surtout mis en lumière : unité, diffusibilité, irréinoculabilité, polymorphisme.

Unité du virus syphilitique. Il résulte des inoculations qui précèdent et de tout ce que nous savons sur l'évolution de la syphilis, que le virus syphilitique est un, en ce sens qu'il n'y a pas dans la maladie des formes, des degrés, ou des périodes susceptibles de donner au virus des qualités particulières qui le fassent varier en deçà ou au delà des limites dans lesquelles se trouvent aussi circonscrites les variations de tous les autres virus.

On sait ce qui est contagieux dans la syphilis, mais on connaît moins bien ce qui ne l'est pas. Il y a des lésions qu'on n'a pas encore réussi à inoculer, ce sont les lésions tertiaires ; si elles ne sont pas contagieuses, comme on a quelque raison de le penser, il y a dans la syphilis un moment où la maladie est contagieuse et un autre où elle ne l'est plus. Eh bien, il n'existe pas d'état intermédiaire, c'est-à-dire que le virus est ou n'est pas ; dans aucun cas l'inoculation n'a été suivie d'effets qu'on soit autorisé à considérer comme émanant d'un virus atténué ou transformé.

Pour ce qui est de l'accident primitif développé au point inoculé, il ne diffère pas sensiblement, ainsi que nous l'avons vu, suivant que le virus a été emprunté à des lésions syphilitiques primitives ou secondaires. Les deux seuls expérimentateurs qui, ayant inoculé du virus recueilli, dans un cas sur l'accident primitif, et dans l'autre sur des lésions secondaires, aient eu la pensée de comparer les effets produits, MM. Boerensprung et Gibert, ont noté que les chancres produits par l'inoculation du virus recueilli à la période secondaire de la syphilis avaient été, chez deux malades, plus développés, mieux accusés que ceux de deux autres malades qu'on avait inoculés avec du virus pris sur des lésions syphilitiques primitives.

L'incubation est aussi plus longue après l'inoculation des chancres qu'après l'inoculation des plaques muqueuses, mais moindre qu'après ceux des autres accidents secondaires. Toutefois, il n'y a vraisemblablement dans ces résultats, et un certain nombre d'autres qu'on pourrait dégager encore de l'étude comparée des inoculations précédentes, que des différences accidentelles, fortuites, qui tiennent à ce que les faits observés sont peu nombreux et qui s'effaceraient, sans doute, devant un plus grand nombre d'unités comparables.

On ne voit pas davantage que la syphilis communiquée ait sérieusement et régulièrement varié d'intensité suivant qu'elle provint d'une syphilis congénitale (obs. XXVI) ou d'une syphilis acquise; d'une syphilis faible ou d'une syphilis forte, comme on peut en trouver plus d'un spécimen dans la série des malades qui ont servi à l'inoculation et qui avaient tous la maladie à des degrés différents.

C'était déjà l'idée d'un virus à puissance fixe et à peu près invariable, c'est-à-dire d'un virus toujours identique et un malgré la différence que pouvaient présenter, au point de vue de leur durée, de leur gravité ou de leur provenance, les éruptions auxquelles on l'empruntait, qu'avait laissée la variole aux inoculateurs du siècle dernier. « Ce qui a lieu dans l'inoculation de la variole, dit Hunter, corrobore cette opinion : que le malade sur lequel on recueille le pus variolique présente des symptômes graves ou bénins; qu'il ait un grand nombre de pustules ou qu'il en ait très-peu; que sa variole soit confluyente ou discrète; que le pus soit introduit en petite ou en grande quantité, l'effet produit est toujours le même. C'est un fait qui n'a pu être connu que par le nombre considérable de sujets qui ont été inoculés dans ces circonstances diverses. » (*Traité des mal. syph.*, p. 170.)

C'est aussi cette idée que donne tous les jours la vaccine

à ceux qui l'inoculent dans les conditions les plus variées. Les expériences qu'a suscitées récemment la vaccination animale (expériences de Chauveau, Viennois, Puech) conduisent également à cette même conclusion qui exprime à coup sûr un des attributs les plus remarquables et les moins contestables des virus.

Diffusibilité du virus syphilitique; absorption, évolution. On trouve le virus syphilitique non-seulement dans la lésion développée au point où il a été primitivement déposé, mais encore dans le sang et sur des points très-divergents où le sang a seul pu le porter.

Le virus syphilitique a donc une propriété que n'ont pas les principes contagieux de la blennorrhagie et du chancre simple : celle qui le rend apte à passer dans la circulation et à se répandre dans tout l'organisme. Il est donc absorbable, diffusible, comme du reste tous les virus des maladies contagieuses générales. Seulement le virus syphilitique n'est pas volatil, c'est-à-dire transmissible par l'intermédiaire de l'air ; c'est, au contraire, selon l'opinion d'Astruc, un virus essentiellement fixe.

L'absorption du virus syphilitique se fait probablement très-vite, et suivant les lois générales de l'absorption physiologique ; mais entre le moment où s'effectue cette opération et l'époque où se produisent les effets apparents du virus, il s'écoule un temps assez long qui n'est pas sans être employé par le virus à quelque travail latent que rien ne nous révèle d'une façon positive, c'est le temps d'incubation.

Après l'incubation se produisent les effets apparents du virus ; et d'abord les effets primitifs qu'on serait tenté de regarder comme locaux, puisqu'ils ne se développent que sur les points inoculés, mais que les essais de réinoculation opérée sans résultat nous montrent, au contraire, comme dépendants d'une infection constitutionnelle aussi complète

que ceux qui leur succèdent et qu'on est convenu d'appeler des effets secondaires. Entre l'apparition des effets primitifs du virus et celle des effets secondaires, il y a encore un intervalle qu'on a appelé une seconde incubation. Quand l'action du virus se prolonge, se renouvelle et se manifeste par des symptômes syphilitiques successifs, il y a aussi entre ces diverses éruptions des intervalles marqués, mais moins bien précisés que les précédents.

En d'autres termes, l'évolution du virus syphilitique se compose de deux ordres de phénomènes : les uns apparents, les autres latents, dont les premiers constituent les manifestations de la syphilis et les seconds la diathèse syphilitique.

La diathèse syphilitique se dérobe, en général, à notre observation. Cependant il y a un effet latent du virus syphilitique qu'on a l'habitude de rattacher à la diathèse, mais qu'on aurait tort de confondre avec elle, et que l'expérimentation rend saisissable et permet de constater à volonté : c'est l'immunité.

Irréinoculabilité du virus syphilitique ; immunité. Une première infection syphilitique rend l'organisme inapte à en subir d'autres : voilà l'immunité. Quant au moyen de la constater, il nous est fourni par l'inoculation ; car, comme conséquence de cette immunité, le virus syphilitique d'un individu n'est inoculable ni à l'individu lui-même, ni à aucun autre sujet syphilitique.

L'irréinoculabilité du virus syphilitique a été observée pour la première fois par Hunter ; car c'est aux essais infructueux faits par lui pour réinoculer les accidents secondaires de la syphilis que remonte cette notion, dont les expériences modernes sur l'irréinoculabilité de l'accident primitif n'ont fait que fournir la confirmation et le complément.

Il est vrai que Hunter, méconnaissant complètement le

véritable accident primitif de la syphilis, ne put pas tirer du fait observé ses conséquences naturelles. Il y avait en germe, dans cette expérience, toute la preuve expérimentale de la non-identité du chancre simple et de la syphilis, preuve qui résulte de la réinoculabilité indéfinie de la première de ces maladies, en regard de l'irréinoculabilité à peu près absolue de l'autre. Seulement Hunter, avec ses idées erronées sur l'accident syphilitique primitif, crut voir, sous ce rapport, une différence radicale, une sorte d'opposition entre deux périodes d'une même maladie, entre la syphilis primitive et la syphilis secondaire, l'une réinoculable, l'autre, au contraire, irréinoculable; tandis qu'en réalité c'était d'opposition entre deux maladies distinctes qu'il s'agissait.

L'immunité créée par la syphilis est-elle permanente? Si elle n'est que temporaire, à quel moment finit-elle? Quand commence-t-elle? en d'autres termes, quelles variations subit et quelles exceptions présente l'irréinoculabilité du virus syphilitique? Telles sont les questions que les faits expérimentaux connus permettent de résoudre d'une manière déjà très-satisfaisante et conforme, du reste, aux enseignements de la clinique.

L'immunité acquise par une première infection syphilitique est très-réelle, mais il est difficile de dire si cette immunité est durable, permanente, ou si elle n'est que temporaire. Dans ce dernier cas, on pourrait se demander si elle ne s'affaiblirait pas, par hasard, graduellement, à mesure qu'on s'éloigne du moment où s'est faite l'infection syphilitique dont elle procède.

M. Bœrensprung (*Gaz. hebdomadaire*, t. IX, p. 309) a fait des inoculations avec du pus de chancre induré sur deux femmes qui avaient eu la syphilis deux ans auparavant, sans obtenir aucun résultat. Deux autres femmes, ayant eu également la syphilis deux années auparavant, ont été

aussi inoculées sans résultat avec du pus recueilli sur des plaques muqueuses.

Néanmoins l'immunité qui succède à une syphilis guérie depuis un temps plus ou moins long a été surtout constatée cliniquement, et c'est précisément la rareté des cas de deux infections syphilitiques successives qui autorise à considérer cette immunité comme un fait très-général, souffrant peu d'exceptions.

Quant aux malades encore en puissance de syphilis, on leur a si souvent pratiqué des inoculations de virus syphilitique sans résultat que, si l'on peut affirmer au nom de la clinique qu'on n'a pas deux fois successivement la syphilis, on peut encore bien mieux soutenir au nom de l'expérimentation qu'on ne peut pas avoir, si ce n'est par exception, deux syphilis simultanément.

Il est évident, *a priori*, que s'il y a un moment où le virus syphilitique doit être réinoculable sur un individu affecté de syphilis, c'est quand la syphilis de cet individu arrive à sa fin. L'analogie seule suffirait pour faire prévoir que c'est sur les individus syphilitiques dont la maladie est ancienne et arrive à la dernière période appelée tertiaire, qu'on doit avoir le plus de chance de réinoculer le virus syphilitique, du bon virus, recueilli dans les dernières conditions d'activité.

M. Schenepf (*Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, t. IV) a rapporté un grand nombre d'expériences de réinoculation faites dans ces conditions sans résultat, dans le service de M. Bouley, à Lourcine.

« Dans le courant de l'année, dit-il, nous avons inoculé une vingtaine de malades atteintes d'accidents variés de la syphilis constitutionnelle. Ceux-ci consistaient le plus souvent dans des tubercules, condylomes, ecthymas : nous employions le produit de leurs sécrétions pour en imbiber de la charpie que nous maintenions pendant vingt-quatre

heures sur une surface privée de son épiderme par un vésicatoire. Nous continuions ce pansement quotidien jusqu'à ce que la surface vésicatoriée fût sèche, ce qui ne dépassait jamais quatre à cinq jours. Jamais, en portant le produit de sécrétion des affections consécutives d'une partie du corps d'une malade sur un autre point du corps de la même malade, nous n'avons reproduit les accidents qui ont fourni la matière de l'inoculation. »

Toutefois, sur une malade affectée d'accidents syphilitiques tertiaires, une inoculation a été faite avec succès avec du virus recueilli sur les plaques muqueuses d'une autre malade. Nous indiquerons plus loin le résultat (obs. XXVII).

C'est sur les individus affectés de syphilis secondaire que les essais de réinoculation ont été le plus souvent tentés. Aux réinoculations infructueuses et bien connues de Hunter, il faut ajouter celles de Wallace ; car si Wallace a réussi en inoculant des sujets sains, il dit positivement qu'il a, au contraire, très-souvent échoué en inoculant des sujets syphilitiques avec leur propre pus.

Ajoutons-y encore les observations de Colles (*Medical Press*, Dublin, 1844), qui a, le premier, posé en principe que les mères-nourrices ne contractent pas la syphilis en donnant le sein à leurs enfants syphilitiques (la syphilis congénitale de l'enfant suppose, en général, une syphilis antécédente chez la mère), tandis que ceux-ci communiquent la maladie aux nourrices étrangères saines qui les allaitent.

Ce sont surtout les expériences modernes de réinoculation, et notamment celle de M. Ricord, qui ont mis hors de doute l'irréinoculabilité du virus syphilitique sur les malades affectés de syphilis secondaire.

Ces expériences, on peut le dire sans rien exagérer, ont été répétées des milliers de fois. M. Ricord en a fait à lui seul 518, de 1831 à 1837. Elles sont si inoffensives et si

simples qu'on peut les pratiquer sur tous les malades. J'en ai fait, pour ma part, des centaines à l'Antiquaille. Mes prédécesseurs Baumès, Diday et Rodet en avaient fait auparavant presque autant que moi. Jamais aucun de nous n'a obtenu de résultat positif. Je ne connais pas de vérité mieux démontrée, plus incontestable que celle-là.

Les seules exceptions apparentes qu'on ait rencontrées au milieu de tant d'essais tentés par les syphilographes de tous les pays sont les suivantes : Une observation de M. Cazenave (*Ann. de la syphilis et des mal. de la peau*, t. III, p. 400) ; quatre observations de Vidal (*Traité des mal. vénériennes*, 1853, p. 241, 247, 355 et 371) ; une de M. Puche (*ibid.*, p. 361) ; une de M. Richet (*ibid.*, p. 355) ; une de M. Spérino (*Syphilisation*, p. 18) ; et deux de M. Kobner, de Breslau (*Klinische und experimentelle Mittheilungen*, Erlangen, 1864). Ces observations ont maintes fois subi la discussion contradictoire, et voici quelle est au juste leur signification :

Il y en a une, celle de M. Richet, dans laquelle la réinoculation a été suivie de la pustule caractéristique du chancre simple. Nous en donnerons plus loin l'explication, à propos des contagions mixtes. Dans les autres, la réinoculation n'a réellement eu pour effet que de produire dans les piqûres ces pustules éphémères, que tous les inoculateurs ont vu se développer dans les mêmes circonstances, mais sans les considérer comme spécifiques. Nous reviendrons également sur ce point un peu plus loin.

Une remarque qu'il est bon de faire, c'est que la plupart de ces innombrables essais de réinoculation ont été tentés sur des individus affectés de syphilis secondaire avec le pus des lésions syphilitiques de ces mêmes individus. Il est vrai que, pour ce qui me concerne, il m'est souvent arrivé de prendre la matière contagieuse sur les lésions syphilitiques

d'un individu pour l'inoculer à un autre, toujours avec le même résultat négatif.

Wallace a fait des réinoculations semblables, c'est-à-dire qu'il a inoculé des sujets syphilitiques avec du virus pris sur d'autres sujets également syphilitiques, et il dit avoir réussi un certain nombre de fois. Il cite une expérience d'inoculation faite sur une femme affectée d'accidents secondaires. Chez cette femme, l'inoculation pratiquée avec du virus recueilli sur son mari n'a pas été sans résultat, tandis qu'elle avait été faite plusieurs fois inutilement avec le propre pus de la malade. Il y eut après l'inoculation une incubation de 26 jours; puis apparut au point inoculé une lésion tuberculo-squameuse, qui, au lieu de se développer régulièrement, suivit au contraire une marche décroissante (*Ann. de la syphilis et des mal. de la peau*, t. IV, p. 33).

L'irréinoculabilité, qui est la règle à la période tertiaire et surtout à la période secondaire de la syphilis, l'est aussi à la période primitive.

Le chancre syphilitique primitif n'est pas moins généralement irréinoculable que les autres accidents de la maladie. Nous avons vu M. Boerensprung inoculer des chancres indurés à des individus anciennement affectés de syphilis et n'obtenir aucun résultat. Il m'est souvent arrivé d'inoculer à des malades affectés de syphilis tertiaire et surtout de syphilis secondaire des chancres indurés à la période de progrès sans rien produire ni immédiatement ni plus tard. Mais pour les chancres, comme du reste pour les autres accidents de la syphilis, c'est surtout la réinoculation du malade avec son propre virus qui a été fréquemment pratiquée par les expérimentateurs.

A l'époque où M. Ricord fit ses premières expériences (1831-1837) et où tous les chancres sans distinction furent soumis sur une si large échelle à la pratique de la réinoculation, on remarquait déjà que bon nombre d'entre eux

ne donnaient lieu à aucun résultat. Pour expliquer ces insuccès, M. Ricord, ne se doutant pas alors qu'il y avait des chancres de différente nature, divisait néanmoins ceux-ci en deux catégories : ceux qu'il réinoculait et qu'il regardait comme étant à la période de progrès ; et ceux qu'il ne parvenait pas à réinoculer et qu'il considérait comme étant à la période de réparation.

Dès cette époque le fait de l'irrénoculabilité de certains chancres frappait tout le monde, mais tous ne l'interprétaient pas comme M. Ricord. Un autre expérimentateur qui avait, lui aussi, beaucoup usé de l'inoculation, M. Hairion (de Louvain), tout en obtenant les mêmes résultats, ne leur donnait pas la même explication. Au contraire, il déclarait positivement (Ricord, *Traité de l'inoculation*, p. 530) que ce n'était pas seulement à la période de réparation, mais *aux différentes périodes de leur existence*, que certains chancres, dans la proportion de 32 sur 85, avaient été réinoculés par lui sans résultat. Or, comme les chancres soumis à l'épreuve comprenaient à la fois des chancres syphilitiques et des chancres simples dans leur rapport ordinaire de fréquence, on voit que la proportion des réinoculations négatives représentait assez exactement dans ces expériences celle des chancres syphilitiques.

M. Egan, en 1844, réinocula un chancre syphilitique sans résultat. « Une femme infectée par son nourrisson, dit-il, eut une gerçure au sein. Cette gerçure alla s'étendant, et lorsque la malade fut admise à l'hôpital, elle avait là un ulcère de la largeur d'un noyau de prune, à bords inégaux et un peu renversés en dehors. Le pus de cet ulcère fut inoculé sous la peau du bras. L'inoculation ne produisit aucun résultat » (*The Dublin quaterly Journ.*, 1846, p. 337).

L'anonyme du Palatinat, dans la relation de ses expé-

riences, dit que tous les individus chez qui l'inoculation réussit furent inoculés de nouveau avec le pus de leurs ulcérations primitives avant l'apparition des accidents généraux, et cela sans succès.

Les choses en étaient là quand M. Clerc, en 1855, se fondant sur un certain nombre d'expériences, énonça devant la Société de chirurgie cette proposition, que, si on inocule avec du pus de chancre syphilitique un malade qui porte un chancre de cette espèce ou un malade qui a la syphilis constitutionnelle, le plus ordinairement l'inoculation est négative.

En 1856, M. Fournier pratiqua une centaine de ces inoculations, et autant avec ces faits qu'avec d'autres analogues qui lui furent fournis par MM. Puche, Poisson et Nadaud des Ilets, il arriva à cette conclusion, que le chancre induré n'est pas inoculable au malade lui-même plus de deux fois sur cent.

Depuis cette époque, beaucoup d'essais semblables de réinoculation ont été tentés soit au Midi, soit à l'Antiquaille et à Lourcine, soit ailleurs. Ces essais opérés avec l'accident primitif sont peut-être aussi nombreux que ceux auxquels l'école huntérienne avait soumis les accidents secondaires; on en a fait avec des chancres anciens, avec des chancres récents et même si nouvellement éclos (on trouve la relation de plusieurs expériences de ce genre dans la thèse de M. Nodet), qu'on peut les considérer comme véritablement naissants; on en a fait non-seulement en France, mais en Angleterre, en Allemagne, en Italie, partout, et partout aussi l'irrénoculabilité a été la règle générale, offrant, il est vrai, des exceptions, mais quelques-unes plus apparentes que réelles.

Dans ces réinoculations négatives du chancre induré, comme dans celle des accidents secondaires, on est témoin parfois de faits en apparence exceptionnels, et en réalité

très-réguliers, sur lesquels nous reviendrons à propos des contagions mixtes.

On voit aussi assez souvent se développer au point inoculé la petite pustule dénuée de spécificité, que nous connaissons déjà, apparaissant dès le lendemain ou le surlendemain de l'inoculation et n'ayant qu'une durée éphémère.

Cette pustule non spécifique est si bien le résultat d'une irritation simple, causée par l'introduction de la matière contagieuse sous l'épiderme, qu'on peut la produire et l'amplifier, pour ainsi dire à volonté, en donnant à cette matière des qualités encore plus irritantes par l'addition de certaines substances telles que la cantharide, la sabine, la moutarde, le calomel. M. H. Lee a fait, à Lock-Hospital, des expériences de ce genre que j'ai répétées avec un égal succès à l'Antiquaille. Le même résultat a été obtenu par M. Bidentkap (*Gazette des Hôpitaux*, novembre, 1864), qui n'a malheureusement pas su se garantir d'une cause d'erreur si évidente et qui, prenant la pustule en question pour un chancre, s'est retranché derrière cette expérience mal interprétée pour continuer à défendre la doctrine de l'unité.

Toutefois, il est arrivé que les expérimentateurs ont encore produit autre chose ; mais ce résultat, qu'on est autorisé à regarder comme positif, n'ayant été obtenu qu'un petit nombre de fois dans des expériences si souvent répétées qu'on ne les compte plus, ce résultat, disons-nous, est tellement exceptionnel que pour la syphilis primitive, comme précédemment pour la syphilis secondaire, il ne fait que confirmer le principe général de l'irréinoculabilité du virus. Une expérience de M. H. Lee (*the Lancet*, 1862) ; une autre de M. Diday (*Histoire naturelle de la syphilis*, p. 236) ; deux faits de M. Bidentkap (*Gazette des Hôpitaux*, 1864) ; enfin une inoculation de M. Sperino

(*Syphilisation*, p. 22), dans laquelle il est incertain si la matière contagieuse a été empruntée à la syphilis primitive ou à la syphilis secondaire (tubercules ulcérés du mamelon), sont les seuls exemples que nous ayons de réinoculations de ce genre faites avec succès.

Nous avons fait remarquer plus haut, que pendant la période d'incubation de la syphilis, le virus pouvait être inoculé avec succès (inoculations successives de Wallace, Puche, Lindwurm). Dans quelques cas, l'inoculation échoue (inoculations successives de Gibert, Belhomme). L'immunité n'est donc pas encore établie à ce moment, ou du moins elle est très-incomplète, et les faits qui pourraient décider la question sont insuffisants.

En résumé, si la réinoculation est possible avant l'éclosion de la syphilis, quand la maladie est à l'état d'incubation, il n'en est plus de même à l'époque où apparaît l'accident primitif; dès que le chancre se montre, dès qu'il commence à poindre (expérience de Nodet), il est irréinoculable, et il conserve ce caractère d'irrénoculabilité pendant toute la durée de son évolution. Dès lors, l'immunité est un fait accompli : on la retrouve dans la syphilis secondaire au même degré que dans la syphilis primitive; on la retrouve aussi dans la syphilis tertiaire, et même chez les anciens syphilitiques (expériences de Boerensprung) plusieurs années après la disparition de toute lésion apparente. Voilà la règle générale.

Quant aux faits exceptionnels, ils nous montrent que, dans quelques cas, aussi bien à la période primitive qu'à la période secondaire ou tertiaire de la maladie, cette immunité n'est pas absolue, puisque le virus a pu être réinoculé avec succès. Dans le cas de réinoculation ayant fourni un résultat positif à la période tertiaire, la lésion reproduite au point inoculé a été plus profonde, plus durable, mieux caractérisée que toutes les autres; c'est la

seule qui ait été suivie d'accidents secondaires, du reste très-bénins. Serait-ce la preuve qu'à cette période l'immunité, qui semble *à priori* devoir s'affaiblir avec le temps, est déjà moins complète qu'aux deux périodes précédentes?

Voici le tableau complet des réinoculations syphilitiques suivies d'effet.

NUMÉRO de l'observation.	NOM de l'observateur.	LÉSION inoculée.	ÉTAT syphilitique du sujet inoculé.	JOUR de l'inoculation.	JOUR de l'apparition de l'accident primitif.	DURÉE de l'incubation.	JOUR de l'apparition des accidents secondaires.
	Bouley	Plaques muqueuses	Syphilis tertiaire.	20 juin 1851.	12 juil.	22 jours	12 août
XXVIII	Wallace.	Id.	Syphilis secondaire.	"	"	26 jours	"
XXIX	H. Lee	Accident primitif.	Accident primitif	"	"	4 jours	"
XXX	Diday.	Id.	Id.	9 août 1862.	18 août	9 jours	"
XXXI	Bidenkap.	Id.	Id.	"	"	3 sem.	"
XXXII	Bidenkap.	Id.	Id.	"	"	3 sem.	"
XXXIII	Sperino	Id.	Id.	17, 26 et 30 janvier 1851.	23 janv.	6, 8 et 7 jours.	"
XXXIV					4 et 7 février		

Après chacune de ces réinoculations réussies, comme on peut le voir ici, il y a eu incubation. Celle-ci a été de 22, 26, 4, 9, 24, 6, 8 et 7 jours ; ce qui fait un maximum de 26, un minimum de 4 et une moyenne de 14.

La lésion, dans l'expérience de Wallace, n'a été caractérisée que par une saillie tuberculo-squameuse qui resta sèche et rétrocéda. Dans celle de H. Lee, le noyau du début s'ulcéra, mais le chancre resta toujours très-petit. Il en fut de même dans l'expérience de Diday ; de même dans celle de Sperino où il est dit que l'ulcération, restée superficielle, guérit sans laisser de trace cicatricielle. Les deux inoculations de Bidenkap ont produit des chancres qui sont

notés comme ayant eu les caractères habituels du chancre induré. Enfin celle de Bouley produisit, comme nous l'avons dit, un chancre très-développé soit comme ulcération, soit comme induration, et finalement une syphilide légère. L'adénite a fait défaut dans tous les cas, ou du moins elle n'a été signalée dans aucun.

III.

DE LA MULTIPLICITÉ DU CHANCRE SIMPLE CHEZ LA FEMME

(D'après des notes et observations prises dans le service de M. le Dr A. Fournier, à l'hôpital de Lourcine, par E. Barié, interne des hôpitaux).

Si le chancre simple peut être unique et solitaire, le plus habituellement il est multiple, comme chacun le sait. Ainsi, tandis qu'il est fréquent de ne rencontrer sur le même sujet qu'un seul chancre syphilitique, on observe au contraire, dans la plupart des cas, plusieurs chancres simples chez le même malade. Ce caractère peut quelquefois, à défaut d'autres, devenir un excellent élément de diagnostic entre les deux chancres.

La multiplicité habituelle du chancre mou, remarquée déjà depuis longtemps, a été établie par un assez grand nombre de statistiques, dont nous citerons seulement les principales.

L'une, qui appartient à M. Fournier, montre que sur un nombre de 327 malades observés avec soin, 266 présentaient des chancres multiples, tandis que 63 seulement (c'est-à-dire un peu plus du cinquième) n'étaient affectés que d'un seul chancre simple. En outre, ces chancres multiples pouvaient, d'après leur nombre, être répartis de la façon suivante :

Nombre des chancres.	Nombre des malades affectés.
2.....	50
De 3 à 6.....	152
De 6 à 10.....	45
De 10 à 14.....	8
De 15 à 20.....	5
De 20 à 24.....	6

D'où il résulte que le cas le plus fréquent est d'observer, sur le même malade, de 3 à 6 chancres simples.

Dans une autre statistique dressée à l'hôpital du Midi, dans le service de Ricord, par M. A. Fournier, on voit encore que, sur 254 malades, 206 présentaient des chancres multiples; et 48 seulement (c'est-à-dire un peu plus du cinquième, comme dans la statistique précédente) n'en présentaient qu'un seul. Les chancres multiples pouvaient ici se répartir de la façon suivante :

Nombre des chancres.	Nombre des malades affectés.
2.....	32
De 3 à 6.....	116
De 6 à 10.....	41
De 10 à 15.....	8
De 15 à 20.....	4
20 et au-dessus.....	5

Ce qui montre, comme le relevé précédent, que parmi les chancres multiples, les cas les plus fréquents sont ceux où l'on en trouve de 3 à 6.

Nous citerons encore la statistique de M. Debauge, faite sur 118 malades observés à Lyon, à l'hôpital de l'Antiquaille.

Ici la proportion des chancres multiples est beaucoup plus faible : sur 118 malades, 68 seulement présentent plusieurs chancres, et 50, c'est-à-dire presque la moitié des cas observés, n'en offrent qu'un seul. — Quoi qu'il en soit, ces 68 malades, au point de vue du nombre de leurs chancres, ont pu être divisés de la façon suivante :

Nombre des chancres.	Nombre des malades affectés.
2.....	22
4.....	11
5.....	11
De 6 à 10.....	17
De 11 à 15.....	6
20.....	1

On voit donc, d'après ces 3 statistiques auxquelles nous nous bornerons, que grande est la fréquence des chancres simples multiples chez l'homme ; mais en même temps on remarquera que le nombre de ces chancres est, jusqu'à un certain point, peu élevé. Ainsi, les cas de 3 à 6 chancres sont très-fréquents ; — ceux de 6 à 20 sont encore assez nombreux ; — mais au-dessus de 20 ou 25, ils deviennent très-rares.

Chez la femme, il n'en est plus de même, et on verra par le tableau qui suit que la multiplicité du chancre simple peut quelquefois, chez elle, atteindre des proportions vraiment extraordinaires. La statistique suivante, encore inédite, résulte du dépouillement de 170 observations de malades (*femmes*) affectées de chancre simple et traitées dans le service de M. le Dr Fournier, à l'hôpital de Lourcine.

Sur 170 malades, 134 ont été atteintes de chancres simples en nombre variable, tandis que 36 seulement d'entre elles (c'est-à-dire à peine $1/5$) n'en présentaient qu'un seul.

Nous avons classé ces 170 observations en 3 groupes :

1° 25 malades offraient 2 chancres simples ; — le siège des lésions permettait de les classer ainsi :

10 présentant 1 chancre à l'an us et 1 chancre à la vulve ;
5 présentant 2 chancres à la vulve ; — 2 présentant 1 chancre au col et 1 chancre à la fourchette ; — 8 présentant 2 chancres en diverses régions ;

2° 77 malades ont été affectées de chancres multiples en nombre indéterminé, mais presque toujours supérieur à 2 ;

3° Enfin 22 malades ont présenté des chancres multiples dont le nombre a varié de 3 à 75.

Résumant ces divers résultats, nous aurons le tableau suivant :

170 malades affectées de chancres simples.

Nombre des chancres.	Nombre des malades affectées.
1.....	36
2.....	25
3.....	5
4.....	5
5.....	1
6.....	1
7.....	2
8.....	1
11.....	1
15.....	2
21.....	1
22.....	1
25.....	1
26.....	1
32.....	1
33.....	2
34.....	1
35.....	2
44.....	1
45.....	1
72....	1
75.....	1
Multiples (nombre indéterminé).	77

On voit, par ce tableau, en quelles proportions énormes le chancre mou peut se multiplier chez certaines femmes.

Cette multiplicité excessive peut s'expliquer par différentes causes.

En premier lieu, il faut signaler la *disposition anatomique des organes génitaux* de la femme. Ainsi, tandis que chez l'homme la verge forme en quelque sorte un organe isolé qu'il est facile, par des soins et des pansements

appropriés, de séparer des organes voisins, chez la femme, au contraire, la vulve et les parties environnantes offrent sans cesse à l'action du virus de larges surfaces cutanées ou muqueuses qui peuvent être, en quelques jours, complètement infectées par une série d'inoculations de voisinage. De plus, à la vulve, les muqueuses étant constamment en contact par leurs parties contiguës, on comprend avec quelle rapidité le chancre peut se propager d'une partie infectée à une partie saine. C'est ainsi qu'un chancre unique, développé sur la grande ou la petite lèvre d'un côté, peut donner naissance à une ou plusieurs ulcérations de même nature sur les lèvres du côté opposé.

On expliquerait de la même façon l'existence de chancres simples sur les grandes ou les petites lèvres, nés d'une ulcération primitive à la fourchette ou à l'entrée du vagin.

Indépendamment des chancres vulvaires, on trouve très-souvent, chez la femme, des chancres développés au pourtour, à la marge de l'*anus*. Or, tandis que chez l'homme la présence de chancres à l'*anus* peut toujours faire présumer que la contagion est née directement de rapports contre nature, chez la femme, au contraire, l'existence de ces chancres peut s'expliquer, dans bien des cas, par la disposition anatomique de l'*anus*. En effet, le plancher périnéal de la femme est peu étendu ; la vulve et l'orifice anal sont à peu de distance l'un de l'autre, et rien de plus aisé à admettre que, par suite de ces rapports de voisinage, le pus d'un chancre de la fourchette, en s'écoulant sur le périnée, ne puisse contaminer l'*anus*.

Sur les plis génito-cruraux, c'est encore par la contagion de voisinage que s'explique la fréquence des chancres simples multiples ; le frottement pendant la marche, le contact avec la vulve, en sont les principales causes de développement.

En dehors des conditions anatomiques, une cause moins

importante prédispose, chez certaines femmes, le développement multiple du chancre simple, à savoir la *malpropreté* et l'*incurie* particulières à quelques-unes d'entre elles. — C'est surtout dans la classe pauvre qu'on est à même d'observer ce fait. Chez la plupart des ouvrières, des domestiques, des femmes exerçant un travail manuel quelconque, les soins d'hygiène les plus simples, les plus élémentaires, sont à peu près nuls, soit par manque de temps, soit par négligence. C'est ainsi que la majeure partie des malades qui viennent réclamer des soins à l'hôpital de Lourcine se présentent avec des lésions profondes et nombreuses, alors que le plus souvent quelques soins de propreté, les moindres pansements, auraient suffi dès le début à isoler le mal.

On trouve d'ailleurs la confirmation de ce que nous avançons dans la clientèle civile, où les femmes ayant plus de temps et plus de souci de leur personne se présentent rarement avec plus d'un ou de deux chancres simples. Ainsi du reste que M. Fournier en a fait la remarque, le chancre simple s'observe bien moins fréquemment que le chancre syphilitique dans la classe aisée. (V. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. VII, p. 67.)

Donc, pour nous résumer, le chancre simple est assez rarement unique dans les deux sexes ; — le plus souvent il est multiple ; — mais *cette multiplicité est beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme*.

Le chancre simple forme fréquemment, chez la femme, des groupes nombreux, de véritables pléiades de lésions chancreuses à divers degrés de développement, et tend sans cesse à se multiplier par inoculations successives de voisinage.

Le tableau que nous avons dressé plus haut contient quelques chiffres très-probants à l'appui de cette proposi-

tion. On y voit, en effet, des malades présentant 15, 25, 33, 35, 44 et 45 chancres simples ; — on y voit même deux cas, ceux-ci extrêmement curieux et rares, dans lesquels le nombre des chancres simples s'éleva jusqu'aux chiffres presque incroyables de 72 et 75 !

Comme pièces justificatives des assertions émises dans cette simple note, je citerai les quelques observations suivantes, que j'ai recueillies dans le service ou empruntées à la riche collection de mon maître, le docteur A. Fournier.

OBSERVATION I. — *Quinze chancres simples.*

Mélanie B..., âgée de 17 ans, entre au n° 2 de la salle Saint-Clément le 19 octobre 1869. — Bonne santé habituelle ; tempérament lymphatique.

La malade, qui a déjà été soignée à l'hôpital pour une vaginite, en est sortie il y a un an environ.

Depuis sa sortie, elle a continué à avoir quelques pertes blanches peu abondantes. Depuis une quinzaine de jours, elle se sent malade à nouveau. Elle tache beaucoup son linge, et se plaint de vives douleurs à la vulve, surtout quand elle urine.

On trouve actuellement, à la partie postérieure de la grande lèvre droite, une ulcération assez creuse, d'un centimètre environ de diamètre, à fond jaunâtre et à bords tranchants. Au côté opposé, et près du périnée, on remarque un grand nombre de petites ulcérations, siégeant à la base des poils. — A l'anus, existent quelques végétations pédiculées. — Quelques ganglions à peine développés dans les aines.

A l'examen au spéculum, on voit, sur le col, une ulcération centrale, qui se prolonge jusque dans la cavité utérine. Cette ulcération a l'aspect blafard ; son contour est légèrement jaunâtre. Un peu de sérosité à moitié sanguinolente

s'écoule de cette plaie; on en prend quelques gouttes sur une lancette et on pratique une inoculation sur la cuisse, tout en pensant qu'elle sera probablement négative.

Le vagin est sain.

Traitement: Bains. Pansements au nitrate d'argent (1/30).

Diagnostic: Chancres simples multiples au nombre de quinze.

25 octobre. — L'inoculation faite avec le liquide recueilli à la surface du col reste négative.

2 novembre. — La plupart des chancres sont en réparation.

29 novembre. — La malade, qui a continué régulièrement le pansement, sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION II. — Trente-trois chancres simples.

Claudine G..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital le 16 juin 1868, dans la salle Saint-Clément n° 20. — Cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu d'affection vénérienne. — Réglée régulièrement. — Malade depuis deux mois. — Elle dit avoir depuis cette époque des boutons à la partie. — Nul traitement.

Le 17 juin, nous constatons les lésions suivantes :

A l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite, près de la fourchette, existe une plaie arrondie, large comme une pièce de quatre sous, creuse, à bords saillants et un peu renversés, à fond irrégulier, et d'un rose jaunâtre. Cette plaie, que la malade dit être apparue la première, est, de toute évidence, un *chancre simple*. — Au-dessous de ce chancre et sur la fesse droite, on observe un groupe d'une dizaine de lésions constituées par des petits mamelons lenticulaires, ulcéreux à leur centre. — On trouve également une lésion de même aspect à la fourchette. — De plus, au pourtour de l'anus, à l'extrémité inférieure de

la grande lèvre gauche et dans la moitié inférieure du pli génito-crural, se trouve une série de petites plaies semblables, creuses à leur centre et circonscrites par un rebord papuleux.

Ces dernières plaies ne survinrent, au dire de la malade, que trois à quatre semaines après l'apparition du chancre initial de la grande lèvre droite. — Parmi ces plaies, quatre ou cinq sont creuses et larges ; leur dimension est celle d'une lentille. — Les autres sont simplement érosives.

A l'aspect de ces différentes lésions, il semble qu'une parenté étroite les unit. La lésion initiale est le chancre simple type que nous avons décrit plus haut. Les autres ulcérations, nées beaucoup plus tard, sont des chancres de voisinage ; trois ou quatre seulement de ces dernières se sont étendues et ont pris véritablement le caractère du chancre ; les autres sont restées à l'état abortif. On peut donc dans ce cas suivre le processus d'inoculation par lequel les chancres se sont multipliés, tout en restant pour la plupart à l'état rudimentaire.

Enfin on observe que la petite lèvre droite est gonflée et légèrement dure ; elle ne présente du reste aucune ulcération.

L'entrée du vagin est saine. — Dans chaque aine, on trouve un ganglion gros comme une amande, légèrement douloureux.

Diagnostic : *Chancres simples multiples, au nombre de trente-trois.*

Un grand nombre de ces chancres, ai-je dit, sont restés abortifs. La plupart sont constitués par de petits mamelons à centre ulcéreux, et de ce centre même émerge un poil, ce qui donne à penser que ces chancres se sont développés originairement dans les follicules pileux (*chancres folliculaires*).

Pansement de ces chancres avec la solution de tartrate ferrico-potassique (10/100).

17 juin. — On recueille sur une lancette une gouttelette du pus fourni par l'ulcération initiale de la grande lèvre droite, près de la fourchette, et on pratique deux inoculations :

1° Sur la cuisse droite ;

2° Sur la fesse gauche.

22 juin. — A la cuisse droite, l'inoculation est positive ; on trouve là une ulcération assez creuse, large comme une lentille environ, et entourée d'une aréole rougeâtre très-développée.

A la fesse gauche, la plaie d'inoculation est très-petite, de la largeur d'une tête d'épingle ; elle est située au sommet d'une petite papule rosée, absolument comme pour les autres chancres abortifs de voisinage.

Les chancres entrent lentement en voie de réparation.

— Continuation du traitement.

29 juin. — Le chancre d'inoculation à la cuisse gauche s'est agrandi ; celui de la fesse, devenu plus creux et un peu plus large, est toujours très-inférieur en étendue au chancre de la cuisse. — On les panse tous deux avec une solution de nitrate d'argent au trentième. Le chancre initial est cicatrisé.

Les chancres folliculaires entrent lentement en réparation ; ils présentent encore un pertuis assez profond ; le plus large et le plus creux des chancres est toujours celui d'inoculation à la cuisse ; il est dans la véritable période ulcéreuse.

2 juillet. — La plupart des ulcérations sont fermées ; les chancres de la région péri-anale sont complètement cicatrisés.

7 juillet. — La plaie d'inoculation à la cuisse gauche marche vers la réparation ; son fond bourgeonne.

13 juillet. — La plaie se dessèche et se recouvre d'une petite croûte.

14 juillet. — La malade sort de l'hôpital ; ses chancres sont tous cicatrisés.

OBSERVATION III. — *Quarante-cinq chancres simples.*

Marie P..., âgée de 19 ans, modiste, entre le 24 décembre 1867 dans la salle Saint-Clément, au n° 10.

Bonne santé habituelle. — Pas de maladie vénérienne antérieure. — La malade s'aperçut il y a quinze jours environ de petites plaies à la vulve. Nul traitement.

En examinant la vulve, on voit qu'elle est recouverte, ainsi que les plis génito-cruraux, d'un grand nombre d'ulcérations. Ces petites plaies, très-confluentes, sont exactement au nombre de *quarante-cinq*. Elles ont des formes variées et des dimensions inégales : les unes sont larges comme un petit haricot, les autres comme un grain de millet. Toutes sont creuses, présentent des bords à pic, un fond jaunâtre, une aréole rouge, et suppurent abondamment. Ce sont évidemment des chancres simples.

A l'entrée du vagin et à gauche, on trouve une ulcération moyenne dont l'aspect est peu caractéristique. Pas d'adénopathie.

Traitement : Bains, pilules de Vallet, pansement des chancres avec solution de tartrate ferrico-potassique (10/100).

6 janvier. — Quelques chancres en s'élargissant se sont réunis et forment de vastes ulcérations assez creuses. Le chancre de l'entrée du vagin se creuse davantage ; douleurs vives dans les aines sans engorgement ganglionnaire.

16 janvier. — Les chancres sont en voie de réparation. — On cautérise le chancre de l'entrée du vagin avec le crayon de nitrate d'argent.

29 janvier. — Les chancres sont presque tous cicatri-

sés ; deux petites ulcérations situées au fond du pli interfessier, à la marge de l'anus, sont à peine en réparation ; leur état est entretenu par la défécation et par l'adossement des surfaces ulcérées.

Pansement avec solution de nitrate d'argent (1/30).

3 février. — La malade sort de l'hôpital. Tous les chancres sont complètement guéris.

OBSERVATION IV. — *Soixante-onze chancres simples.*

Marie L..., âgée de 20 ans, cuisinière, entre le 21 novembre 71 dans la salle Saint-Clément, n° 5.

La malade a une bonne santé habituelle. — Aucun accident vénérien antérieur. — Réglée depuis l'âge de 13 ans, très-régulièrement. — Enceinte de 5 mois environ, elle dit n'être souffrante que depuis 8 jours. — Elle se plaint de cuissons très-vives en urinant, et tache son linge abondamment. Vers le 13 de ce mois, elle a perdu du sang pendant 2 jours ; puis à l'écoulement de sang a succédé un écoulement purulent très-abondant. — Elle déclare du reste que l'homme avec lequel elle a eu plusieurs rapports avait un écoulement et que son linge était « taché en vert. »

On trouve à l'examen :

1° Une uréthrite purulente très-intense ; — 2° une vaginite d'égale intensité ; le vagin est baigné d'un liquide verdâtre, purulent, extrêmement abondant ; les muqueuses de la vulve et du vagin offrent la coloration violacée, lie de vin, particulière aux femmes enceintes ; — 3° à l'entrée du vagin se trouvent deux petites ulcérations assez creuses, qui ne présentent pas de caractères bien tranchés. Sont-elles des chancres simples, ou simplement de l'herpès ulcéreux ? C'est ce que nous n'oserions encore décider.

Dans les régions vulvaire, péri-vulvaire et péri-anale, et surtout sur les deux plis génito-cruraux, on observe un

très-grand nombre de petites lésions, qui sont apparues il y a 4 jours seulement, au dire de la malade ; ces lésions, qui n'ont aucun caractère bien net jusqu'ici, nous paraissent être soit de l'herpès confluent, symptomatique de l'uréthro-vaginite, soit des chancres simples embryonnaires.

Traitement: Injections froides. Bains. — Cautérisation des parois du vagin avec la solution de nitrate d'argent. — Pansement avec solution de nitrate d'argent (1/30).

23 novembre. — La petite plaie de droite, à l'entrée du vagin, devient très-creuse ; c'est évidemment un chancre simple. — Les petites ulcérations des plis génito-cruraux deviennent aussi plus creuses, et ressemblent beaucoup à des chancres de voisinage.

27 novembre. — Toutes les érosions des plis génito-cruraux, qu'on avait pu jusqu'alors prendre pour de l'herpès blennorrhagique, sont aujourd'hui à n'en plus douter des chancres simples de voisinage. Les sillons cruraux en sont pour ainsi dire criblés.

Ces petits chancres sont très-voisins les uns des autres, très-creux, irréguliers, entourés d'une auréole rougeâtre, à fond gris-jaunâtre.

En sorte que le diagnostic est ainsi posé:

Soixante-douze chancres simples, répartis de la manière suivantes :

A l'entrée du vagin, 2 chancres primitifs.		
Au pli génito-crural droit.	10 chancres.	} secondaires de voisinage.
Au pli génito-crural gauche	21 chancres.	
Sur la grande lèvre droite et la moitié droite du périnée.....	24 chancres.	
Sur la grande lèvre gauche et la moitié gauche du périnée.....	15 chancres.	

28 novembre. — Les ulcérations de l'entrée du vagin sont plus larges, plus profondes ; la muqueuse du vagin est moins rouge.

Cautérisation des chancres de l'entrée du vagin et pansement avec solution de nitrate d'argent (1/30).

1^{er} décembre. — La plupart des chancres, qui tous étaient voisins, se sont réunis et confondus en s'agrandissant, de façon à former de larges ulcérations.

14 décembre. — La malade a continué à se panser plusieurs fois par jour avec la solution de nitrate d'argent. Aujourd'hui tous ses chancres sont à peu près cicatrisés. — Le col et la muqueuse du vagin, qu'on badigeonnait 2 fois par semaine avec la même solution, ont repris leur coloration physiologique. L'écoulement de l'urèthre et du vagin est devenu simplement catarrhal.

19 décembre. — Cicatrisation complète des chancres.

23 décembre. — Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION V. — *Soixante-quinze chancres simples.*

Clémence C..., âgée de 21 ans, entre le 4 octobre 1868 dans la salle Saint-Clément, n° 44.

La malade, qui n'a jamais eu ni grossesse ni aucune maladie vénérienne antérieure, jouit habituellement d'une bonne santé, et est très-régulièrement réglée. — Depuis le dernier rapport sexuel, qui date de 8 jours, elle s'aperçut qu'elle tachait son linge, et commença à souffrir en urinant; cependant elle ne fit aucun traitement.

A son entrée à l'hôpital, on constate :

1° Sur la face cutanée des grandes lèvres et des plis génito-cruraux, série de petites plaies assez creuses, où l'on pourrait loger une tête d'épingle, rougeâtres et très-confluentes. Les unes ont la forme de petites pustules affaissées; les autres sont recouvertes d'une petite

croûte. Ces lésions, qui siègent au niveau des follicules pileux, sont autant de chancres *folliculaires*.

2° Si l'on écarte les petites lèvres, on trouve la vulve baignée de pus. — En outre, sur la face interne de la petite lèvre gauche, et assez profondément, existe un *chancre simple*, creux et arrondi, dont la largeur est celle d'une pièce de 20 centimes. — A droite et près du méat urinaire, deux *petits chancres simples*; enfin, à la fourchette, une ulcération chancreuse, relativement assez superficielle.

3° En arrière, à l'anus, on rencontre un large *chancre simple*, creux, irrégulier, et pénétrant assez profondément dans l'orifice anal. La défécation s'accompagne de très-vives douleurs.

4° On remarque encore que les deux plis génito-cruraux et tout le pourtour de l'anus sont le siège d'une *multitude* de petites érosions papulo-ulcéreuses, à aréole rougeâtre. Ces ulcérations sont des *chancres simples secondaires de voisinage*; on en compte 70.

Adénopathie faible; 2 ou 3 petits ganglions indolents.

5° A l'examen au spéculum, on trouve que le fond du vagin est rempli d'une sécrétion purulente très-abondante; on aperçoit de plus, sur la lèvre postérieure du col, deux plaies contiguës, de la largeur d'une pièce de quatre sous; l'une très-près de l'ouverture du col, l'autre un peu plus en arrière. Leur surface est régulière et nullement creuse, elle est très-nettement circonscrite et présente une coloration jaunâtre qui tranche sur la coloration rosée normale du reste du col.

Ces deux ulcérations, saillantes au moins de 1 millimètre, à coloration jaune paille, et dont la surface est unie et lisse, sont deux *chancres simples du col*.

De plus, dans le cul-de-sac inférieur du vagin, on découvre trois *ulcérations*; celles-ci offrent l'apparence d'une

élevure papuleuse, érodée, grisâtre, lisse et n'ont aucune ressemblance avec les chancres extérieurs.

Dans ses autres portions, le vagin est sain.

Le diagnostic est ainsi posé :

Chancres simples	{	du col,
		de la vulve,
		de l'anus.

Chancres secondaires abortifs, au nombre de 70.

En tout, 75 chancres simples.

6 octobre. — On râcle doucement la surface d'un des chancres du col avec un bistouri boutonné, et l'on *inocule* sur une des cuisses de la malade le pus ainsi obtenu.

Traitement: Un bain tous les deux jours; injections froides. — Pansement des chancres avec solution de tartrate ferrico-potassique.

7 octobre. — *L'inoculation est positive*; faite hier de grand matin, elle a produit aujourd'hui un petit bouton de la grosseur d'une lentille.

Cautérisation. — Les plaies du col et du vagin sont déjà en voie de réparation.

13 octobre. — La plaie d'inoculation est entièrement fermée. — A part 3 ou 4, tous les chancres secondaires du pourtour de l'anus et des plis génito-cruraux ont avorté, et il ne reste à leur place que de petites élevures rougeâtres. — Sur le col, il ne reste plus qu'une petite papule, large comme un grain d'orge, à centre jaunâtre, et bordée d'une aréole rosée.

Le chancre anal n'a pas sensiblement diminué.

16 octobre. — Tous les chancres abortifs sont cicatrisés, et il ne reste plus que le large chancre de l'anus qui diminue lentement, et un petit chancre au périnée. — Quant au col et au vagin, ils sont totalement guéris.

23 octobre. — Cicatrisation complète des ulcérations chancreuses, sauf quelques petites érosions anales.

27 octobre. — La malade, entièrement guérie, sort de l'hôpital.

IV.

BUBON VIRULENT DE L'AISELLE, par le D^r Louis JULLIEN.

M..., vendeur de journaux, âgé de 52 ans, entra le 4 juillet 1873 à l'hospice de l'Antiquaille, salle Saint-Michel, service de M. Dron, pour une angustie urétrale de date assez ancienne. Il se plaignait en même temps d'une tuméfaction ganglionnaire siégeant dans l'aîne droite, et portait sur la main gauche, au niveau de l'éminence thénar, une petite plaie, blessure accidentelle, qu'il s'était faite avec un couteau.

Le rétrécissement fut soumis à la dilatation. Quant à l'adénite, une inspection minutieuse des organes génitaux permit d'en découvrir l'origine dans une petite rougeur avec dépression cicatricielle située sur le feuillet interne du prépuce. M..., du reste, ne fit pas difficulté d'avouer que, quelques jours avant ces accidents, cruellement frappé dans ses intérêts, et en proie à un violent chagrin, il en avait demandé l'oubli à l'ivresse et au plaisir. Or c'était 3 jours après avoir passé la nuit dans une maison publique qu'il avait vu survenir à la place indiquée une érosion dont la durée n'excéda pas 5 à 6 jours. C'était là assurément la cause de l'adénite inguinale, qui du reste ne tarda pas à disparaître par résolution.

Cependant la plaie de la main s'accompagna bientôt d'une adénite axillaire des plus caractérisées. Elle présentait d'ailleurs des caractères spéciaux : petite, circulaire, les bords en étaient nettement découpés, le fond profondément creusé, sanieux, à sécrétion fort abondante. Par toutes ces particularités, il était aisé de comprendre que nous n'étions pas en présence d'une plaie simple.

Le 17 juillet l'adénite axillaire, devenue très-volumineuse, est incisée et donne issue à une assez grande quantité de pus séreux. On en pratique l'inoculation sur l'une des cuisses de M... La pustule caractéristique ne se fit pas attendre. Le même résultat fut obtenu par l'inoculation du pus de la plaie du thénar. Il s'agissait bien réellement d'une plaie devenue chancreuse par un mécanisme des plus simples : le transport accidentel de la sécrétion d'un chancre minime, éphémère, disparu en 8 jours, ayant à peine laissé trace de son passage.

Peu de temps après M... demande et obtient son exeat. — L'incision axillaire se comble. Les tissus commencent à se dégorgier à la périphérie, la suppuration diminue de jour en jour, la plaie de la main encore béante ne se répare qu'avec une grande lenteur.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DIE LOCALISATION DER HAUTKRANKHEITEN HISTOLOGISCH UND KLINISCH BEARBEITET (*La localisation des maladies de la peau étudiée au double point de vue histologique et clinique*), par le D^r OSCAR SIMON, in-8°, avec 5 planches coloriées, Berlin, 1873.

On admet en général que la diversité des lésions cutanées est fondée sur la diversité des processus morbides. Cette façon de voir n'est pourtant vraie que dans une mesure restreinte. Le même trouble morbide est en réalité capable de produire les effets les plus différents dans les diverses régions du corps, et des lésions dissemblables, qui passent d'habitude pour l'expression de processus fondamentaux distincts, doivent souvent être regardées comme le résultat d'un seul et même travail pathologique influencé par des conditions locales. D'un autre côté, ces mêmes conditions locales font subir à des processus essentiellement différents des modifications analogues, caractéristiques pour chaque région.

C'est à faire ressortir l'importance de la localisation dans l'expression des affections cutanées et à en rechercher les causes multiples que le D^r Simon a consacré un excellent travail plein de vues neuves et originales.

Le D^r Simon considère la symétrie dans les affections de la peau comme un fait primordial indépendant du système nerveux et ayant sa cause dans la disposition originelle et le développement des organes et des tissus. Il regarde la symétrie comme la règle, et toute manifestation

cutanée asymétrique comme une exception dépendant nécessairement d'influences locales.

La prédisposition locale agit de deux façons : elle donne accès aux manifestations morbides ; elle les modifie ou les altère.

La prédisposition locale reconnaît des causes nombreuses, que l'auteur passe successivement en revue :

1. *L'hérédité* explique la localisation de certains nævi, de l'albinisme partiel, de l'alopecie congénitale, de certaines tumeurs, en particulier de quelques fibromes qui se retrouvent aux mêmes régions chez plusieurs membres d'une même famille.

2. *La structure anatomique des parties* explique un grand nombre de localisations. Certains processus morbides se fixent en des points déterminés, parce qu'ils s'attachent à certains organes de la peau et qu'ils ont par conséquent la même distribution que ces organes. Quand le même travail pathologique se traduit dans divers points du corps par des manifestations différentes, c'est souvent à la constitution anatomique de ces régions qu'il faut attribuer la variété d'aspect des manifestations. Ainsi l'épaisseur de l'épiderme à la paume des mains et à la plante des pieds modifie toutes les éruptions dont ces parties sont le siège, et cela dans le même sens ; la prolifération épidermique et la desquamation jouent ici un rôle essentiel, quelle que soit la lésion fondamentale ; aussi quelle que soit cette lésion, un seul et même nom lui est-il d'habitude appliqué, celui de psoriasis palmaire ou plantaire. De même sur la langue l'épaisseur de la couche épithéliale a une influence analogue sur l'aspect et la durée des altérations. L'épaisseur de l'épiderme a également une grande influence sur l'intensité des phénomènes réactionnels ; les sillons de l'acare, par exemple, reposent au pénis sur un

fond rouge, qu'on n'observe pas au niveau des sillons des mains.

Il n'y a qu'un petit nombre d'affections cutanées qu'on puisse rapporter à un trouble nerveux ; l'influence du système nerveux n'est indubitable que dans le zona et quelques-uns des symptômes de la lèpre ; on peut cependant la soupçonner dans certaines affections ; ainsi la calvitie, si fréquente dans le sexe masculin, occupe presque toujours un territoire correspondant exactement au territoire auquel se distribuent les deux nerfs sus-orbitaires ; n'y a-t-il pas une relation de cause à effet entre l'état de ces nerfs et la calvitie ?

La grande vascularité des joues explique pourquoi elles sont le siège habituel de toute une série d'affections ; le lupus érythémateux se localise en ces points dans l'immense majorité des cas ; il en est de même du lupus vulgaire, de l'acné rosacea, etc.

3. *Causes topographiques*, fondées sur la situation réciproque des parties. L'auteur étudie à ce propos les affections auxquelles sont prédisposées les parties avoisinant les orifices naturels ; il pense que le sycosis de la lèvre supérieure dépend quelquefois d'un catarrhe nasal chronique. Le rapprochement, le frottement réciproque de deux surfaces cutanées explique la production et la persistance de certaines affections comme les syphilides vulvaires, etc. Les rhagades peuvent se produire dans toutes les affections de la peau s'accompagnant d'inflammation exsudative, quand elles siègent dans des régions où la peau forme des plis et est le siège de mouvements.

4. *Causes morbides*. Une des causes les plus fréquentes de la prédisposition locale est une affection passée ayant laissé à sa suite les parties plus impressionnables, plus vulnérables. Toutes les récives peuvent être considérées

comme des affections causées par une prédisposition morbide ; cela est surtout vrai des récidives locales.

5. Les *parasites* ont tous leur siège de prédilection, et ce siège est presque toujours explicable. Les acares de la gale se trouvent aux endroits protégés contre les frottements comme les intervalles des doigts ou aux points assez hyperémiés pour leur fournir une nourriture abondante, comme les fesses chez les gens qui restent longtemps assis et tous les points du corps où les vêtements exercent une irritation continuelle. Les parasites végétaux ne sauraient vivre qu'à l'abri de toutes les atteintes du dehors ; aussi le plus superficiel des champignons parasites, le *microsporon furfur*, ne se rencontre-t-il qu'aux endroits couverts par les vêtements.

6. *Causes occasionnelles*. Sous ce titre l'auteur examine l'influence des vêtements, des professions, des travaux habituels sur la localisation des dermatoses.

Dans une autre partie de son travail, le Dr Simon étudie les lésions élémentaires de la peau au point de vue de leur forme et de leur distribution générale à la surface du corps.

Les lésions élémentaires ont de la tendance à prendre une forme arrondie ; cependant très-peu sont tout à fait rondes ; la plupart sont elliptiques ; mais, chose remarquable, toutes ces ellipses ont dans la même région leur grand axe tourné dans la même direction ; au contraire la direction de ce grand axe est variable dans les divers points du corps. A quoi cela est-il dû ? Cet effet dépend, selon l'auteur, de ce que dans chaque région du corps la peau subit une tension dans un certain sens déterminé, sens d'ailleurs indiqué par la direction des petits sillons, circonscrivant des espaces losangiques, qui parcourent la surface cutanée en ce point. Or toute lésion élémentaire est allongée dans le sens de la plus grande tension de la peau.

Sur le cadavre, il est facile de changer la forme ovulaire de tout élément éruptif en une forme ronde, simplement en incisant la peau tout autour de cet élément et supprimant ainsi la différence des tensions des parties adjacentes.

Comme il s'agit ici de différences dans les diamètres, cette différence saute aux yeux dans les éléments éruptifs de quelque étendue; elle est au contraire si minime dans les petits, qu'elle ne frappe pas.

La confluence de deux ou plusieurs éléments éruptifs peut aussi détruire l'effet de la tension; si ces éléments viennent à se confondre dans le sens de la moindre tension, le résultat semble diamétralement opposé à la règle.

Enfin la profondeur à laquelle siège un élément éruptif dans la peau est d'une importance très-grande sur la forme de cet élément, l'influence de la tension se faisant bien moins sentir dans les couches superficielles de la peau que dans les profondes; ainsi certaines aréoles, halos, etc., entourant les éléments éruptifs semblent souvent parfaitement arrondis, grâce à leur situation superficielle.

La distribution générale des éruptions à la surface du corps dépend aussi essentiellement de la tension de la peau. Si on examine une éruption, on reconnaît avec un peu d'attention une certaine régularité dans la distribution des éléments éruptifs; ils ne sont pas jetés au hasard, mais disposés suivant des directions déterminées, et si on imagine les divers éléments éruptifs réunis par des lignes, on reconnaîtra facilement des systèmes de lignes parallèles ayant dans chaque région une direction fixe correspondant exactement aux sillons superficiels de la peau, c'est-à-dire déterminée par la tension de la peau en ce point.

Une comparaison achèvera de faire comprendre l'influence de la tension de l'enveloppe cutanée sur la forme des éléments éruptifs et la distribution des éruptions qui la couvrent. Quand sur une étoffe on sème sans ordre, au

hasard des taches, parfaitement circulaires, et qu'ensuite on tend l'étoffe en diagonale, chacune des taches perd sa forme ronde pour se transformer en une tache oblongue dont le grand diamètre est dans la direction de la tension; de plus, les taches ne semblent plus distribuées au hasard mais paraissent rangées en lignes dans le même sens.

D^r CHARLES SCHWARTZ.

Lectures on syphilitic ostéitis and periostitis (*Leçons sur l'ostéite et la périostite syphilitiques*), par M. John HAMILTON. Londres. Chez Churchill, 1874.

Ce travail, simple recueil d'observations, ne présente rien de nouveau; l'auteur envisage les affections osseuses syphilitiques à un point de vue surtout chirurgical; il entre dans quelques détails à propos des opérations qu'il a été amené à pratiquer; ses remarques, purement pratiques, n'ont aucun caractère d'originalité.

D^r CHARLES SCHWARTZ.

DE LA PROSTITUTION DANS LES GRANDES VILLES AU XIX^e SIÈCLE ET DE L'EXTINCTION DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le D^r JEANNEL, 2^e édition, Paris, J. B.-Baillière, 1874.

Pour tous ceux qui s'occupent de syphilis et de prostitution, le nom de M. Jeannel n'est pas seulement populaire: il est classique. C'est à son intelligente et active initiative que la ville de Bordeaux doit la réorganisation du service sanitaire, devenu un modèle, heureusement et

fructueusement imité par la plupart des grandes villes ; et les lecteurs des *Annales* n'ont point oublié la très-intéressante communication de notre confrère sur les mesures prophylactiques générales contre les maladies vénériennes, spécialement à l'égard des marins.

La nouvelle édition que donne aujourd'hui M. Jeannel est considérablement augmentée et constitue en réalité le traité le plus complet que nous possédions sur la matière. En effet l'auteur a envisagé cette importante question de la prostitution comme elle doit l'être par tout philanthrope, c'est-à-dire au double point de vue de la médecine et de l'administration.

La première partie a pour titre : *De la prostitution dans l'antiquité et particulièrement à Rome*. C'est une collection de textes tirés des auteurs latins, de Plaute, Térence, Horace, Martial, etc., recueillis et disposés dans un ordre logique, pour faire connaître la prostitution romaine, pour l'exhiber, selon une expression fort à la mode il y a 25 ans, *peinte par elle-même*. Il y a joint de nombreux passages de la Bible, qui caractérisent la pérennité de cette lèpre humanitaire, toujours exécrée et toujours renaissante.

Ce chapitre intéressera non-seulement les médecins mais tous ceux qui aiment la littérature ancienne. Du reste, l'auteur ne les livre pas sans guide à leurs impressions : il a accompagné les textes de courtes mais judicieuses réflexions qui font ressortir d'une manière saisissante cette triste peinture de la débauche dans l'antiquité.

La seconde partie traite : *De la prostitution à l'époque actuelle et de l'extinction des maladies vénériennes*. Elle est divisée en trois sections :

1° *Prostituées modernes*. Sous ce titre, M. Jeannel étudie les causes de la prostitution, le proxénétisme, la prostitution clandestine et ses dangers ; il décrit les prostituées

inscrites, leurs habitudes et leur manière de vivre; il examine les questions particulières d'hygiène qui les concernent : leur âge, leur stérilité, leur fin, etc., etc.

2° *Prostitution considérée dans ses rapports avec l'hygiène et la moralité publique.* Dans ce chapitre l'auteur établit les principes légaux sur lesquels reposent les mesures prises et à prendre pour réprimer les scandales de la prostitution et pour en diminuer les dangers; et il expose, à un point de vue général, comment la prostituée clandestine devient prostituée publique ou inscrite. Sur ces bases solides s'élève une judicieuse discussion qui, du rapprochement des règlements en vigueur dans les différents pays, déduit ce que nous pouvons appeler la formule générale d'un règlement-type applicable à toutes les grandes villes.

3° Cette section comprend les *moyens prophylactiques généraux propres à réaliser l'extinction des maladies vénériennes*; savoir : les hôpitaux de vénériens, les dispensaires spéciaux, les maisons de refuge et les consultations gratuites; puis, en second lieu, les moyens prophylactiques applicables aux militaires, aux marins de la flotte et aux ouvriers civils.

Dans les derniers chapitres de cette section notre savant confrère a de nouveau insisté sur ce fait que les matelots de la marine marchande sont les véritables propagateurs de la syphilis dans le monde entier. Ce point de vue éminemment juste, et malheureusement nouveau, l'a conduit à proposer une série de mesures propres à tarir cette source immense et indéfinie d'infection.

M. le Dr Jeannel a terminé son travail par une série de conclusions qui permettent à merveille d'en suivre l'enchaînement, d'en saisir à la fois l'ensemble et les détails. Ces conclusions, disons-le hautement, s'imposent à la méditation de tous les hommes, médecins, hygiénistes, publi-

cistes, administrateurs, qui ont pour mission de veiller à la santé publique et qui ont souci, en réglementant enfin la prostitution d'une manière efficace, de travailler, oserons-nous dire d'arriver?... à l'extinction de la syphilis.

Un nouveau congrès doit s'ouvrir prochainement à Bruxelles, et nous serions désireux de voir ces importantes questions soumises à l'étude des hommes compétents. Mais, qu'on ne l'oublie pas, pour qu'il fût enfin possible d'édicter un code international de prophylaxie contre la syphilis, il faudrait trois choses que bien rarement un congrès voit réunies :

1° Un programme net et précis, énonçant sous forme de questions la série des *desiderata* formulés par tous les esprits pratiques;

2° La coopération de délégués venus de tous les points du globe où règne la civilisation, c'est-à-dire la syphilis;

3° Un président, enfin, qui spécialiste lui-même, puisât dans sa compétence autant que dans son caractère l'autorité nécessaire pour restreindre la discussion dans des limites qui lui permettent d'aboutir.

Quoi qu'il advienne de ce vœu, dont le livre de M. Jeanne nous a paru l'occasion la plus naturelle de signaler l'urgence, et que nous aimerions à voir appuyer par une voix aussi habituée que la sienne à se faire écouter, l'ouvrage de notre éminent confrère deviendra le *vade-mecum* de tous ceux qui s'intéressent à la solution de ces questions et sera toujours consulté avec fruit par tous les praticiens, spécialistes ou non.

Aucun de nous, en effet, ne peut se désintéresser de ces problèmes qui empruntent à la fois leur importance et du but social élevé auquel leur solution peut conduire et de la rigueur en quelque sorte mathématique des données que la science a réunies sur ce sujet; j'entends la science moderne, et j'entends aussi, et fort expressément, la

science sévère et positive telle que celle dont M. Jeannel est l'un des plus dignes interprètes, ainsi que des plus utiles zélateurs.

A. D. P. D.

ESSAI SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS SYPHILITQUES DU RECTUM,
par E. CODEBERT.

Excellente monographie résumant la question des rétrécissements syphilitiques du rectum et l'étayant de très-nombreuses observations. Limité par l'espace, nous ne pouvons que donner ici les conclusions de cet estimable travail.

I. — Le carcinome mis à part, la syphilis est la cause la plus fréquente des rétrécissements du rectum.

II. — Il y a trois espèces de rétrécissements syphilitiques du rectum :

1° Rétrécissement syphilitique secondaire, succédant à une ulcération syphilitique secondaire du rectum ;

2° Rétrécissement tertiaire succédant à une ulcération tertiaire ;

3° Rétrécissement quaternaire, constitué par l'infiltration dans les parois rectales d'une matière plastique particulière. Comme conséquence, organisation de tissu conjonctif, de tissu fibreux, puis rétraction. C'est un travail analogue à celui qui se passe dans le testicule syphilitique.

III. — La durée du rétrécissement syphilitique est quelquefois fort longue.

IV. — Son diagnostic peut être difficile.

V. — Le médecin devra toujours rechercher chez un syphilitique les ulcérations rectales, secondaires ou ter-

tiaires, dès que le moindre indice pourra lui faire soupçonner leur existence.

VI. — Outre un traitement local, il faut employer les spécifiques pour les combattre.

VII. Le rétrécissement une fois formé, la médication antisypilitique est impuissante contre lui.

VIII. — Il faut alors recourir aux moyens chirurgicaux : dilatation lente et progressive, rectotomie interne faite avec l'instrument de M. Tillaux, quelquefois à la rectotomie externe, ou mieux à l'écraseur linéaire. Mais après les succès obtenus par M. le professeur Lefort, on devra commencer par employer l'électrolyse.

IX. — On repoussera absolument la dilatation brusque ainsi que la cautérisation.

X. — Lorsqu'on pratiquera le toucher rectal, on devra employer les plus grandes précautions, procéder avec douceur et ne jamais pénétrer de force dans la lumière du rétrécissement.

XI. — On ne fait point l'extirpation du rectum pour un rétrécissement syphilitique.

XII. — On n'aura jamais besoin de recourir à l'opération de l'anus contre nature, parce que dans le rétrécissement syphilitique, la réaction a une marche très-lente, parce que le malade se fait soigner avant qu'elle soit complète, et qu'il est toujours possible d'obtenir une amélioration par les moyens précédemment énoncés.

REVUE DES JOURNAUX

Quelques documents sur la syphilis. — Syphilis héréditaire.

Analyse par M. le Dr Louis Jullien, chef de clinique chirurgicale à l'école de Lyon.

- I. — De quelques sources de l'infection syphilitique, par Jame, Nevins Hyde de Chicago (*the American Journal*).
- II. — Nouvelles données pour résoudre la question « par qui, du père ou de la mère, se transmet la syphilis héréditaire », par M. Adam Owrede Christiania.
- III. — De quelques modes de transmission de la syphilis dans la vie conjugale, par Victor de Meric, de Londres (*the Lancet*).
- IV. — Distocie d'origine syphilitique, résistance des orifices utérin et vaginal par suite de sclérose spécifique. Istérostomie. — Application de forceps. — 2 fœtus sains, par Giuseppe Chiarleoni de Milan.

I. — Les conclusions du travail de M. Hyde sont les suivantes :

A) — Le sang menstruel d'une femme syphilitique est capable de produire le chancre et tous les symptômes consécutifs ordinaires de la vérole, comme le ferait un chancre induré.

B) — Les sécrétions d'un utérus qui est le siège de quelque lésion secondaire sont capables de produire le chancre et tous les symptômes, etc. (*ut supra*).

C) — La sécrétion gonorrhéique d'un sujet syphilitique est capable de produire le chancre, etc. (*ut supra*).

C'est sur des raisonnements bien plus que sur des faits que l'auteur étaye ses affirmations.

Après les expériences de Pellizzari, les faits de l'anonyme du Palatinat, ceux plus récents d'Hébra et les recherches de Stricker, la puissance de contagion du sang menstruel n'avait rien que de très-prévu. Peut-être l'auteur exagère-t-il la fréquence de l'infection par cet agent ; les quelques observations qu'il relate sont des arguments de probabilité plutôt que de certitude ; on comprend du reste qu'en pareille matière, c'est, dans les rares cas où la confrontation a pu être opérée, presque uniquement d'après l'absence de lésions et des commémoratifs toujours vagues que l'on peut être amené à conclure avec plus ou moins de probabilité. Rien donc à signaler dans l'exposé de ces résultats d'ores et déjà connus.

Nous en dirons autant de la proposition B, au moins dans une certaine mesure. Par des citations en grande partie empruntées aux travaux récents des syphiligraphes parisiens et lyonnais, l'auteur s'attache à prouver la fréquence des lésions syphilitiques de l'utérus, entraînant la spécificité de ses sécrétions. Il croit en outre que, même hors de la période menstruelle, ces sécrétions sont susceptibles de se contaminer par leur mélange avec une quantité minime de sang. Elles présenteraient, surtout quand le col est affecté, la forme d'un catarrhe muqueux ou purulent.

Plus ardue assurément serait la démonstration de la proposition C. Mais l'auteur l'a-t-il réellement tentée ? Il ne croit pas à l'identité de la blennorrhagie avec la syphilis ; le pus blennorrhagique d'un syphilitique lui semble seul virulent, spécifique, au même titre que les liquides utérins, en tant que production purulente, chez un syphilitique. « La surface enflammée présente, dit-il, tous les phénomènes d'une syphilide, et sa sécrétion virulente est capable de produire un chancre infectant. » A l'appui de ces vues absolument théoriques, l'auteur apporte les expériences déjà réfutées d'Hernandez, relatives à l'inoculation du

pus gonorrhéique ; mais on chercherait en vain quelque observation personnelle, circonstanciée ; encore une fois, cet argument, le seul convaincant en des questions aussi délicates, fait complètement défaut.

II. — Nous nous bornons à transcrire une note qui nous est obligeamment adressée de Christiania par M. Owre :

L'auteur s'est déjà deux fois occupé de cette question : en 1868, *Quelques notions sur l'origine de la syphilis héréditaire* ; et en 1872, *Par qui se transmet la syphilis héréditaire*. Le présent traité doit être considéré comme la continuation des deux autres. Après avoir présenté les observations faites en 1868 à l'hôpital de l'Université, ainsi que dans sa clientèle, l'auteur exprime l'opinion qu'il serait disposé à donner avec Cullerier une réponse tout à fait exclusive à la question ci-dessus, savoir : *par la mère seule* ; mais il ne l'a pas osé, en raison d'un cas qu'il avait observé en 1862. Il formula donc une conclusion conforme à celle de M. Hippolyte Mireur dans son *Essai sur l'hérédité de la syphilis* (Paris, 1867) : L'influence paternelle doit être considérée comme extrêmement rare, comme exceptionnelle.

Voici ce cas isolé de 1862 : Une dame, dont le mari avait été atteint de syphilis deux ans avant son mariage, accoucha d'un enfant sain et fort en apparence ; environ deux mois après, il présentait des symptômes évidents d'une affection héréditaire. Le collègue appelé en consultation, syphiligraphe célèbre, dont la doctrine est que l'influence paternelle peut se manifester chez les descendants, mais seulement par exception, rangea le cas dans cette catégorie, et l'on ne procéda pas à d'autre examen pour savoir si la mère avait été infectée ou non. A cette époque l'auteur lui-même ne possédait guère d'expérience dans ces questions, et il se rassura, s'appuyant sur l'avis d'un collègue

plus expérimenté. Mais depuis, des doutes ont été élevés sur la santé de cette dame ; en effet, pendant les deux premières années après son mariage, sa santé était très-inconstante, troublée par un ictère et de nombreux symptômes chlorotiques et névralgiques, qui auraient très-bien pu tirer leur origine d'une infection spécifique. Cependant, comme il n'a pas été procédé à un examen direct, aux yeux de l'auteur, le cas reste douteux, mais n'est nullement une preuve de l'influence paternelle.

En 1868, en examinant les rapports détaillés sur plus de 100 enfants atteints de syphilis congénitale, à l'hôpital de l'Université, l'auteur a positivement reconnu que la mère avait eu la syphilis dans tous les cas, excepté quatre, et cela contribua aussi, quoique faiblement, à lui faire formuler une conclusion dans le sens de M. Mireur; or, ces quatre rapports ne s'exprimaient pas bien positivement sur l'état antérieur de la santé des pères présumés (peut-être aussi les vrais); on y disait seulement : « L'on prétend que le père a eu la syphilis, » « Le père a eu la syphilis, » et « L'on prétend que le père a eu la syphilis il y a vingt ans, » termes, qui, aux yeux de l'auteur, ne sauraient servir de preuve dans cette question difficile et délicate.

Pour l'ouvrage de 1872, il a, pour plus d'exactitude et de sûreté, tiré exclusivement ses observations et ses annotations de sa clientèle privée. Ainsi l'auteur a commencé par traiter le père pour la syphilis, et a continué ensuite à l'observer constamment dans sa vie, même comme père de famille, et il ne s'est pas présenté un seul cas où le père ait produit des enfants spécifiquement infectés.

Alors il avait 24 pères de cette catégorie ayant 42 enfants.

Le présent traité de 1873, tiré des mêmes matériaux, donne exactement le même résultat : Pas d'enfants infectés !

Le nombre des pères s'est élevé à 29, celui des enfants à 55.

En face des opinions divergentes des différents auteurs, on trouve ici un rapprochement positif avec la doctrine de Cullerier, et l'auteur pense que, si l'on veut arriver à la vérité, il faut travailler sur un terrain limité, privé, où il soit possible de rechercher et de suivre authentiquement toutes les circonstances. Sur un terrain plus public et plus développé, comme par exemple dans les poli-cliniques et les cliniques ambulatoires, on est beaucoup plus exposé à recevoir des communications erronées et fausses. Il est donc nécessaire d'avoir l'occasion de voir, d'examiner et de profiter de cette expérience, car autrement un père innocent et absent risque d'endosser la faute de la mère.

L'auteur fait remarquer qu'il n'est question ici que de pères ne présentant pas de phénomènes infectants locaux, par conséquent seulement de la possibilité de l'infection du fœtus par le sperme, et non de la transmission de la maladie comme telle à la mère ; car en ce cas la question change de face.

De ces traités l'on peut tirer les conclusions que voici :

1° L'influence *paternelle*, selon toute vraisemblance, est *nulle* à l'égard de la syphilis.

2° Le sperme d'un homme syphilitique n'exerce aucune action nuisible sur l'organisme de la mère.

3° L'enfant d'un homme syphilitique est sain et bien portant.

L'auteur continue ses observations et promet d'en communiquer les résultats.

III. -- Voici maintenant les résultats de fort intéressantes recherches dues à M. de Méric. Ce n'est plus ici l'hérédité qui est en cause, il s'agit de certains modes spéciaux d'infection... à l'usage des gens mariés ; mais remar-

quons, en passant, que dans les exactes et judicieuses observations de l'auteur anglais, nous trouvons incidemment la confirmation des théories de M. Owre.

Premier fait. — Un homme, syphilitique depuis 1859, traité et mis en observation par l'auteur, se marie en 1864, et, bien que souffrant encore de récidives (ostéite du maxillaire), donne le jour, pendant une période de 8 années, à 5 enfants non syphilitiques. En 1872, dans un coït impur, il contracte un chancre, dont il ne s'aperçoit qu'au onzième jour et qui devint phagédénique; mais au dixième, il a eu des rapports avec sa femme, qui, six semaines après, se voit couverte d'une éruption papuleuse généralisée, bientôt suivie; malgré un traitement mixte énergique, d'une infiltration gommeuse de la face. L'ulcération du mari avait été reconnue par M. de Méric pour chancre simple, et au bout de 22 jours s'était cicatrisée, sous l'influence de cautérisations.

2^e fait. — Un monsieur marié, dont la femme est enceinte, au 4^e mois, est entraîné, le 9 février, à un coït extra-conjugal. Le 16 du même mois, et le 17 mars, il a des rapports avec sa femme; ayant ressenti quelques douleurs, il s'examine et constate la présence d'un chancre survenu après une incubation de 36 jours ou au moins de 30 jours, si l'on concède 6 jours à l'inobservation. Quelques mois après, la femme présentait des symptômes évidents de syphilis constitutionnelle, et accouchait d'un enfant syphilitique.

3^e fait. — Une femme contracte la vérole, souffre d'accidents constitutionnels, accouche d'un enfant mort-né, etc...; plus tard, elle devient la maîtresse d'un jeune homme parfaitement sain, qui pendant 2 ou 3 ans reste exempt d'infection. Ils se marient; 12 mois se sont à peine écoulés que ce jeune homme est pris de douleurs de gorge violentes, avec tuméfaction des ganglions cervicaux, puis survient une roséole accompagnée des signes les plus manifes-

tes d'une syphilis, dont M. de Méric croit pouvoir rapporter l'origine à un chancre amygdalien. — 3 enfants naquirent et grandirent sans présenter le moindre symptôme suspect.

Que d'enseignements dans ces observations !

Et d'abord, le but de l'auteur est de faire connaître trois modes particuliers d'infection. Le premier, dû à un chancre simple, développé sur un sujet syphilitique, nous montre une vérole, âgée de plus de treize ans, énergiquement traitée depuis son début, apte à se transmettre par l'inoculation. Que la lésion, cause occasionnelle de cette transmission, soit un chancre simple, comme le pense l'auteur, ou un de ces pseudo-chancres des sujets syphilitiques sur lesquels M. Fournier a insisté, le fait n'est pas moins digne d'intérêt. Il permettrait de conclure, suivant M. de Méric, que le pus d'un ulcère tertiaire, et, plus généralement, d'une ulcération quelconque portée par un sujet tertiaire, peut engendrer la syphilis. Mais que devient, en face de cette proposition, et le dogme de l'irréinoculabilité de la syphilis arrivée à sa dernière période, et les documents imposants sur lesquels il s'appuie ?

C'est par un chancre à peine appréciable, encore à l'état de papule, que se transmet la vérole dans le deuxième cas, et ce chancre est survenu après une incubation de 30 jours !

Le troisième cas, relatif à un chancre tonsillaire, produit de la contagion de plaques muqueuses buccales, est proposé par M. de Méric comme « *an exemple of the influence of actual matrimonial life on the transmission of disease.* » Nous livrons cette interprétation sans commentaire à la sagacité du lecteur.

Que si nous considérons maintenant ces observations au point de vue de la syphilis héréditaire, nous arrivons aux résultats suivants :

Père seul syphilitique. — 5 enfants sains. (Obs. I.)

Mère contagionnée au 4^e mois de la grossesse. — Enfant syphilitique. (Obs. II.)

Père et mère syphilitiques (la mère à une période fort avancée). — 3 enfants sains. (Obs. III.)

Ce dernier cas est une exception, dit en terminant M. de Méric, mais il est très-fréquent de voir échapper à l'infection des enfants dont les pères sont syphilitiques, tant que les mères ne participent pas à la diathèse. Il est vrai que ces dernières peuvent alors éprouver des troubles particuliers de la santé générale, état maladif spécial, non spécifique, sur lequel l'auteur nous promet des éclaircissements prochains. Nous tiendrons les lecteurs des *Annales* au courant de ces intéressants travaux, plus instructifs, dans leur éloquente concision, que nombre de traités dogmatiques.

IV. — Étrange Protée que la vérole ! Nous trouvons dans le Mémoire de M. Chiarleoni la relation d'un cas identique à celui qui fait le sujet de l'Obs. II du mémoire précédent. Dans les deux cas : père sain ; infection de la mère au 4^e mois de la grossesse ; la malade de M. de Méric accouche d'un enfant syphilitique ; celle du professeur italien de deux jumeaux absolument sains !

Mais venons aux détails. Ce Mémoire est la confirmation par l'obstétrique d'un fait sur lequel M. Fournier a le premier appelé l'attention : l'induration secondaire des muqueuses. Le 16 juillet 1873, entrant dans le service du professeur Chiara une jeune fille de 22 ans, gravide, syphilitique. Ses dernières menstrues ayant paru à la fin de janvier 73, elle se disait au 6^e mois de sa grossesse, et faisait remonter le début de l'infection syphilitique au mois de mai de la même année, époque à laquelle elle avait quitté le père de son enfant pour se jeter dans les bras d'un autre amant.

L'examen local permet de constater les lésions suivantes : tuméfaction générale de la vulve ; ulcère induré « occupant toute la fosse naviculaire », un autre au-devant de l'anus et à droite ; énorme paquet d'hémorroïdes ; écoulement vaginal et rectal très-abondant (la malade avoue avoir eu des rapports contre nature) ; à en juger par la dilatation du col et le développement de l'abdomen, la grossesse paraissait toucher à la fin du septième mois.

Les lésions syphilitiques se multipliaient chaque jour, (engorgement des ganglions cervicaux, érythème laryngopharyngien suivi de plaques muqueuses à l'arrière-bouche, alopecie). Le 10 août on prescrivit un traitement spécifique (protoiodure de mercure et iodure de potassium) qui enraya l'apparition des syphilides, mais n'empêche pas l'état général de périliter d'une façon inquiétante (troubles digestifs, palpitations de cœur, souffle au premier temps, troubles nerveux, hydrohémie, œdème des membres inférieurs et des parties génitales, bouffissure de la face avec œdème palpébral, mais sans albuminurie, aphonie presque complète).

Le 21 septembre commença le travail : à l'œdème de la vulve s'était ajoutée, dans toute l'épaisseur de la grande lèvre droite, une infiltration due certainement à un exsudat néoplasique, d'une résistance parcheminée et rappelant la dureté du sclérème. L'orifice du col présentait un diamètre de deux centimètres ; son tissu, surtout en avant, offrait une consistance cartilagineuse dépourvue de toute élasticité.

Cet état de rigidité du col ayant résisté à l'emploi des douches, comme les contractions du col de l'utérus continuaient à se faire, le professeur Chiara se décida (trois heures après la rupture de la poche des eaux, le 22 à huit heures du soir) à débrider l'obstacle par des scarifications multiples faites au moyen d'un bistouri boutonné. Le tra-

vail put continuer ; mais bientôt on eut à craindre de voir se rompre le périnée, tant était grande l'induration scléreuse de la vulve, contre laquelle se brisaient les efforts réunis des muscles abdominaux et des fibres de la matrice. Les battements du fœtus faiblissaient ; on dut l'extraire par le forceps, mais ce fut en vain qu'on essaya de le ranimer, il était asphyxié.

On s'aperçut alors de la présence d'un deuxième fœtus dont la poche était demeurée intacte. Celui-ci fut expulsé vivant sans l'aide du forceps ; mais, en dépit de toutes les précautions, on ne put empêcher une large déchirure de la grande lèvre droite dans son tiers inférieur. Les deux fœtus, ainsi que le placenta, étaient exempts de lésions syphilitiques. Les suites de couches furent bonnes, et, comme toujours, on vit très-rapidement, sous l'influence de l'évolution puerpérale, disparaître les manifestations diathésiques.

Il serait inutile d'insister longuement sur les points importants de cette histoire clinique ; nous nous bornerons à les résumer :

1° Accouchement prématuré, peut-être dû à la diathèse, peut-être sous l'influence de la grossesse gémellaire.

2° Vérole contractée au *quatrième mois* de la grossesse, sans contamination du produit de la conception.

3° Rigidité anormale du col, d'origine indéterminée, mais probablement spécifique.

4° Infiltration fibreuse des grandes lèvres, sur la nature de laquelle on ne peut conserver aucun doute, et « présentant un véritable type de cette induration secondaire si bien décrite par M. Fournier dans son beau traité de la « syphilis. »

Dr LOUIS JULLIEN.

DU TRAITEMENT DE L'ÉTAT AIGU DE LA BLENNORRHAGIE PAR LE HASCHICH ET L'ACIDE BENZOÏQUE, PAR LE D^r LAMARRE.

Voici le procédé employé depuis sept ans par l'auteur, dans le traitement de la blennorrhagie, alors qu'il est trop tard pour avoir recours à la méthode abortive et que, l'écoulement étant franchement purulent et la miction douloureuse, il est encore trop tôt pour s'adresser aux anti-blennorrhagiques.

Téinture de haschich..... 2 grammes.

Acide benzoïque..... 1 —

dans un julep gommeux à prendre dans les 24 heures.

On continue, en même temps, le traitement adoucissant classique. Sous l'influence de cette médication, les malades présentent dès le lendemain une grande amélioration ; au bout de deux à six jours, la douleur a complètement disparu, et l'on peut alors commencer l'usage du copahu ou du cubèbe.

L'auteur conseille en même temps l'emploi, dans cette même période, des injections à l'eau simple faites le plus souvent possible.

(*Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques*, décembre 1873.)

Sous l'impression de cette communication si affirmative, nous avons vu employer le procédé de l'auteur, et avec des produits entièrement irréprochables, dans une vingtaine de blennorrhagies douloureuses, mais d'acuité moyenne. Trois fois seulement il y a eu un résultat sensible ; mais sur ces trois malades, deux ont eu une amélioration extrêmement remarquable par sa rapidité. Nous ne concluons donc pas au sujet des promesses de M. Lamarre, en disant : « Tout est vrai », mais en reconnaissant que : « il y a quelque chose à prendre » et probablement que : « il y a quelque chose à faire. »

PRURIT ET AFFECTIONS PRURIGINEUSES.

Contre toutes les affections prurigineuses de la peau,
M. Vidal prescrit l'hydrate de chloral en lotions.

Hydrate de chloral..... 3 à 10 grammes.

Eau..... 250 grammes.

(Société médicale des hôpitaux.)

TRAITEMENT DU FURONCLE.

Le Dr J.-B. Halle recommande, dans *Cincinnati Lancet and Observer*, la formule suivante contre le furoncle :

Teinture de fleurs d'arnica. 2 parties.

Acide tannique..... 1 —

Poudre de gomme d'acacia..... 1 —

à employer aussitôt après sa préparation.

Tremper dans ce mélange un pinceau en poils de chameau ou les barbes d'une plume, et faire sur le furoncle, en dépassant un peu sur les parties voisines, des badigeonnages que l'on répétera toutes les quinze minutes, c'est-à-dire aussitôt que l'enduit sera sec, de manière à recouvrir le mal d'une bonne couche épaisse et solide.

Sous l'influence de ce moyen, la douleur pulsative et sensitive est rapidement soulagée; le gonflement des téguments diminue, le malade se sent mieux, et si le furoncle est au premier degré, il avorte sans suppurer. Si la suppuration est déjà faite, le bourbillon se détache facilement, et la guérison se fait rapidement.

(*The Doctor et Lyon médical*, juin 1874.)

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA CAPITIS.

A l'hôpital de Bellevue de New-York, on emploie habituellement contre cette maladie le traitement suivant : ap-

pliquer toutes les nuits des cataplasmes sur la partie malade jusqu'à ce que les croûtes soient tombées ; faire ensuite sur les surfaces dénudées des lotions avec une solution aqueuse de nitrate d'argent, 0,25 centigrammes sur 30 grammes d'eau ; puis employer en application la solution suivante :

Eau de Cologne.....	120 grammes.
Glycérine.....	60 —
Acide phénique en cristaux.....	4 —
Borax.....	4 —

Continuer ce pansement jusqu'à la guérison de l'eczéma.
(*The medical Record.*)

COMBINAISON DU CARBONATE D'AMMONIAQUE ET DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

M. J. Mc'Sweeny, après Paget, conseille d'adjoindre à l'iodure de potassium le carbonate d'ammoniaque, qui aurait la propriété d'augmenter l'action thérapeutique du sel ; 30 centigrammes d'iodure de potassium avec 18 centigrammes de carbonate d'ammoniaque donnent les mêmes effets que 48 centigrammes d'iodure de potassium seul. Il conseille de le prendre dans la syphilis, et cite à l'appui l'observation d'un homme porteur d'un ulcère syphilitique rebelle à tout traitement, qui céda à l'administration de ces sels, à la dose que nous venons d'indiquer (*British medical journal*). Ce mode de prescription est applicable dans les maladies diverses où l'iodure de potassium est indiqué.

(*Journal de médecine et chirurgie pratiques*, février 1874.)

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE.

On peut prescrire des lotions alumineuses selon la formule suivante :

Alun..... 4 grammes.

Eau d'orge..... 500 —

M. Hardy emploie souvent la formule suivante :

Subliné..... 1 gramme.

Eau distillée..... 100 —

Alcool..... Q. S.

une cuillerée dans un verre d'eau tiède. — Éviter, en se lavant, de frotter les parties. Dans le prurit vulvaire qui accompagne si souvent la grossesse, Danyau employait la formule suivante ;

Oxyde de zinc..... 4 grammes.

Borate de soude..... 2 —

Cérat simple..... 15 —

Huile d'amandes douces... . Q. S.

Chlorhydrate de morphine.... 0,20 centigrammes.

M. S. A.

M. Bazin prescrit contre le prurit le liniment suivant :

Eau de chaux..... 30 grammes.

Glycérine..... 30 —

Huile d'amandes douces..... 60 —

M. S. A.

On a aussi conseillé la formule suivante :

Glycérine..... 150 grammes.

Laudanum..... 4 —

Essence de roses..... 5 gouttes.

M. S. A.

(La France médicale, juillet 1874.)

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL :

Résumé d'anatomie appliquée, par M. V. Paulet, professeur au Val-de-Grâce. Un volume in-18 diamant, cartonné à l'anglaise. Paris, G. Masson. Prix : 5 francs.

Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau, par le Dr J. Renaut, in-8°, avec une planche. Paris, G. Masson. 4 fr.

Acné et Couperose, leur traitement par une nouvelle méthode, par le Dr Constantin James, 1 fr. 50. Paris, G. Masson.

De la prostitution dans les grandes villes au dix-neuvième siècle et de l'extinction des maladies vénériennes. Ouvrage précédé de documents relatifs à la prostitution dans l'antiquité, par le D^r J. Jeannel. Deuxième édition, complétée par des documents nouveaux, in-18 jésus de 647 pages. Prix : 6 francs. Paris, de J.-B. BAILLIÈRE et fils.

Le Psoriasis buccal, par le D^r M. Debove, répétiteur au laboratoire d'histologie au collège de France. In-8° de 55 pages et 1 planche chromolithographiée. Prix : 2 francs. Paris, F. SAVY.

Des syphylides palmaires et plantaires, étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire, par le D^r Madier-Champvermeil, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Prix : 2 francs. Paris, A. DELAHAYE.

Manuel médical des eaux minérales, par le D^r Eug. Le Bret. — Prix : 5 fr. 50. Paris, A. DELAHAYE.

Lectures on dermatologie: includy eczema, scabies, urticaria, herpès, furunculus, dermato-syphilis, elephantiasis and lepra, par Erasmus Wilson, in-8°. A. CHURCHILL.

De l'ostéite syphilitique, par John Hamilton, in-8°. Londres, J.-A. CHURCHILL.

Clinical Aspects of syphilitic nervous affections, by Thomas Buzzard. — Londres, A. CHURCHILL.

AVIS.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa 3^e session à Lille, du 20 au 27 août 1874. Outre les séances générales et les séances de section, des excursions scientifiques seront organisées par les soins du comité local de Lille. Le président du comité local est M. Kuhlmann, membre correspondant de l'Académie des sciences. Ce comité, composé de notabilités scientifiques et industrielles de la ville de Lille et du département du Nord, comprend en outre comme membres honoraires, M. le conseiller d'Etat, préfet du département du Nord, M. le général de division commandant en chef le 1^{er} corps d'armée, M. le premier président de la Cour d'appel de Douai, M. le maire de la ville de Lille, M. le baron Alphonse de Rothschild, président du conseil d'administration du chemin de fer du Nord.

M. Ad. Wurtz, membre de l'Institut, est président de l'Association pour l'année 1874.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association, 76, rue de Rennes à Paris.

Le gérant, G. MASSON.

Clichy. — Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 42. (154. 8-4.)

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

DE L'EMPLOI DE L'IODOFORME DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES VÉNÉRIENS, par le professeur Joseph PROFETA.

A Monsieur le docteur Doyon.

Monsieur et honoré collègue,

Je dois vous remercier de l'amabilité avec laquelle vous m'avez admis au nombre des collaborateurs à vos *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, archives précieuses des progrès qui se font chaque jour dans ces deux branches de la science médicale. Comme témoignage de reconnaissance pour la flatteuse distinction dont vous m'avez honoré, permettez-moi, monsieur, de vous offrir une étude clinique sur l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des ulcères vénériens; à vous de juger si ce modeste travail mérite d'être présenté à vos lecteurs.

En 1866, le docteur Besnier, sur les indications de Lallier, expérimenta, dans son service à Saint-Louis, la

poudre d'iodoforme, maintenue sans discontinuer sur des plaies lentes à se cicatriser, sur des cancers ulcérés, sur des chancres infectants ou autres. Besnier nota que les douleurs occasionnées par les ulcères non infectants se calmaient instantanément et que la cicatrisation s'en faisait avec une excessive rapidité (1).

Le docteur Carlo d'Amico écrit que « l'iodoforme est le spécifique des ulcères vénériens chroniques même les plus anciens, et que ce médicament est à coup sûr bien préférable à l'excision ou aux caustiques les plus énergiques. » Cette assertion se trouve justifiée par la guérison de cinq ulcères non infectants chroniques. Le traitement essayé sur des prostituées du service spécial de Pérouse avait duré de quelques jours au minimum, à trois mois et demi au maximum (2).

Le docteur Iznard fait de l'iodoforme un remède souverain dans le traitement des ulcères non infectants. Dans beaucoup de cas, il se contente d'employer une solution de 2 à 3 grammes d'iodoforme dans 30 de glycérine et 10 d'alcool; mais s'il y a de vives douleurs, il recommande de se servir immédiatement de la poudre d'iodoforme; en cas de sécrétion abondante, on ferait au préalable des lavages soit avec l'eau chlorurée, soit avec une solution étendue de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent (3). Le docteur Labarthe loue l'iodoforme employé sur les ulcères non infectants. Il a pu se convaincre, avec Ferréol et Petiteau, que l'action excitante de l'iodoforme et ses propriétés dessiccatrices ne sont pas dues seulement à l'état pulvérulent sous lequel on l'emploie, mais à la présence de l'iode

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1867.

(2) *Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle*. An V (1870), v. 9 della seria.

(3) *Nouveau traitement de la maladie vénérienne et des syphilides ulcéreuses par l'iodoforme*. Paris, 1871, p. 45.

qu'il renferme (1). Le docteur Parrot imagina de substituer la poudre d'iodoforme à tous les remèdes douloureux usités dans la vulvite gangréneuse ; en deux ou trois jours, l'ulcération cesse de progresser, l'œdème des parties voisines disparaît et l'on obtient une cicatrisation de la plaie aussi rapide que celle des ulcères fongueux ou des plaies gangréneuses traitées de la même manière (2).

J'avais eu connaissance de tous ces faits au fur et à mesure de leur publication : mais les merveilles thérapeutiques dont sont remplis les journaux de médecine m'ont rendu quelque peu sceptique ; et je ne crus pas d'abord aux vertus de l'iodoforme. Je me repens aujourd'hui de mon incrédulité, quand je songe que pendant les six premières années de mon professorat, je suis resté désarmé devant des ulcérations chroniques qui faisaient le désespoir des malades et le mien, effrayant les assistants par leur ténacité. Ne soyez pas trop sévère, cher monsieur, pour une faute franchement avouée ; j'en appelle à votre aimable indulgence et au proverbe florentin : « *Peccato confessato è mezzo perdonato.* »

Au mois de janvier dernier, je fus amené à me servir de l'iodoforme pour un de mes bons amis, atteint d'une ulcération phagédénique non infectante, dont la guérison se faisait attendre depuis plus d'une année. M'entendant faire mention de l'iodoforme, mon malade me fit observer qu'un médicament loué à diverses reprises par divers praticiens devait posséder de réels avantages.

C'était la vérité, et mon scepticisme tomba devant une guérison qui fut complète en moins d'un mois ; dès lors l'iodoforme est devenu un remède de prédilection pour moi et mes amis qui l'ont vulgarisé dans leur petite clientèle d'amis et de voisins.

(1) *Le chancre simple, chez l'homme et chez la femme.* Paris, 1873.

(2) *Mouvement médical.* Novembre 1873.

Les faits que je puis vous faire connaître sont au nombre de treize ; tous sont des cas de rapide guérison, et se répartissent ainsi qu'il suit : deux ulcères non infectants manifestement indurés, dix ulcères non infectants dont quelques-uns étaient phagédéniques. Je n'ai trouvé à ce traitement aucune espèce d'inconvénient ; jamais la cicatrisation ne s'est arrêtée un instant et toutes les fois que le médicament a été mis en œuvre à une époque voisine de la date d'apparition du chancre non infectant, la guérison s'est effectuée avec une rapidité vraiment surprenante.

La méthode que j'ai suivie est des plus simples. Deux fois par jour, lavage avec la solution d'iodoforme selon la formule d'Iznard (2 ou 3 grammes d'iodoforme pour 30 de glycérine et 10 d'alcool), puis pansement avec de la poudre d'iodoforme versée abondamment sur la plaie ou avec de la charpie trempée dans la solution.

Je dois ajouter que je préfère l'usage de la poudre, et c'est ce pansement que j'emploie actuellement chez plusieurs malades d'ailleurs en voie de guérison.

En vous disant que nul inconvénient n'est attaché à l'emploi de l'iodoforme, je ne laissais pas d'exagérer, car il en est deux qui ont été reconnus par tous ceux qui, comme moi, ont eu recours à ce médicament. Le premier est son prix très-élevé : un franc le gramme dans les pharmacies de Palerme. Le second est l'odeur pénétrante, désagréable qu'il exhale ; c'est au point que l'usage de l'iodoforme est impossible aux malades qui doivent approcher des personnes délicates ou qui craignent de laisser soupçonner leur état de santé. Le malade qui fait le sujet de l'observation XI^e, se trouvant un soir au théâtre, offensa tellement l'odorat de ses voisins, que s'il ne se fût dérobé par la fuite, il eût couru le risque de partager le sort du protagoniste du drame.

Voilà certes sur le compte, de l'iodoforme deux sérieux

inconvenients ; et il pourra se présenter des cas (bien rares heureusement) où le malade devra, pour ces motifs, renoncer au bénéfice de l'iodoforme.

Je vous présente maintenant, rangés dans leur ordre chronologique, les treize faits cliniques que je possède. Les numéros IV, VIII, IX, XI appartiennent à la clinique universitaire ; les numéros V, VI, X, XIII m'ont été fournis par le docteur Allagna, mon ami depuis longtemps, actuellement mon aide, et par MM. Tusa et Caruso, mes élèves, qui sous peu de temps seront des praticiens distingués ; enfin les numéros I, II, III, VII, XII sortent de ma pratique particulière. Pour mieux faire ressortir la supériorité de l'iodoforme, j'aurais désiré vous faire connaître treize cas de maladies identiques traitées à la clinique pendant une des années précédentes ; mais je m'abstiens, crainte de vous fatiguer par des longueurs.

OBSERVATION I^{re}. — *Ulcère non infectant phagédénique : guérison en vingt-neuf jours.* — Mon ami, Alfred M..., négociant florentin, 34 ans, sujet vigoureux, grand buveur de liqueurs fortes, arrive à Palerme, revenant de Tunis, au mois de décembre 1872 ; il porte à l'aîne gauche un ulcère non infectant phagédénique, consécutif à un bubon suppuré, développé à la suite d'ulcères non infectants multiples qui siégeaient sur le gland. La cicatrisation des chancres s'était faite deux mois auparavant, peu après l'apparition du bubon. Pour être bref, je dirai que tous les remèdes employés furent inutiles : permanganate de potasse, nitrate argentique, chlorate de potasse, silicate de soude, liqueur de Labarraque, poudre de camphre et de Pollini, pâte sulfo-carbonique dissoute dans la glycérine, nitrate acide de mercure, etc., etc. La solution de tartrate ferrico-potassique et le sulfate de chaux, bitume de hêtre et huile de cade, mélange de pepsine et d'acide lactique qui, dans quelques cas, m'a-

vaient donné de bons résultats, furent inefficaces en cette circonstance. A mesure que l'ulcération se cicatrisait d'un côté, elle faisait des progrès sur un point opposé, si bien qu'au mois de janvier 1874, à côté d'une vaste cicatrice, existait un ulcère phagédénique serpigneux, occupant à la région sous-ombilicale un espace circulaire de plus de sept centimètres de diamètre. Le 17 janvier, j'instituai le traitement par la poudre d'iodoforme; au bout de huit jours, l'ulcère, devenu rose et granuleux, ressemblait à une plaie simple en voie de cicatrisation, et, après vingt-neuf jours de traitement, c'est-à-dire le 9 février, la guérison était complète.

OBSERVATION II-III. — *Ulcères non infectants multiples: guérison après huit et vingt-trois jours de traitement.*—Le 22 janvier, je fus appelé à voir Augustin M^{me}, cordonnier, habitant de Palerme, 38 ans, bonne constitution, et sa femme, âgée de 30 ans, Mathilde M^{me}. Le premier portait sur le gland et le prépuce plusieurs chancres non infectants, de dimensions variables entre celles d'une pièce d'un centime et celles d'une lentille, et qui s'étaient multipliés peu à peu depuis trente-cinq jours (époque de leur apparition), malgré des applications de nitrate d'argent et de calomel. La couleur violacée et l'élévure des bords, l'aréole rose qui les entourait, la vivacité des douleurs, l'abondance de la sécrétion, étaient autant de signes qui me faisaient prévoir l'extension du processus ulcératif. La femme n'avait été contagionnée par son mari que depuis cinq jours. Elle avait ainsi contracté une ulcération superficielle de l'étendue d'un petit pois, siégeant à la fourchette : et depuis trois jours deux autres petits chancres étaient apparus à la partie antérieure de la marge de l'anus.

Sans hésiter, je prescrivis la poudre d'iodoforme et j'eus la satisfaction d'obtenir une guérison complète en huit

jours pour la femme, en vingt-trois pour le mari. Les douleurs avaient disparu dès le premier jour.

OBSERVATION IV. — *Ulcères non infectants multiples compliqués de bubon inflammatoire : guérison. Durée du traitement vingt-deux jours.* — Antoine A^{***}, cordonnier, 22 ans, tempérament lymphatique, natif de Pettineo, entre le 13 février 1874 à la clinique universitaire des maladies cutanées et vénériennes. Il porte sur le gland, la peau et le muqueuse du prépuce douze ulcères non infectants; le premier en date remonte à vingt-cinq jours; les onze autres se sont développés successivement. À l'entrée, le malade se plaint encore d'un ganglion légèrement tuméfié siégeant à l'aîne gauche. Le 13 février, nous commençons à appliquer la solution et la poudre d'iodoforme, et le 8 mars, la guérison est complète; le malade sort deux jours après. Je dois dire que le 20 février, le bubon s'était ouvert spontanément et avait donné issue à une grande quantité de pus; mais il est bon de noter que la cicatrisation de cette nouvelle ulcération s'effectua en moins de sept jours et par un traitement simple.

OBSERVATION V. — *Ulcères non infectants multiples : guérison au bout de cinq jours.* — Le 15 février 1874, un étudiant, Pietro F^{***}, de Marsala, âgé de 22 ans, se présente au docteur Alagna, ayant au voisinage du frein plusieurs chancres non infectants, petits, douloureux, très-humides, survenus depuis deux jours à la suite d'un coït impur. L'usage de la poudre d'iodoforme amena la guérison au bout de cinq jours.

OBSERVATION VI. — *Ulcère non infectant : guérison au bout de sept jours.* — Michel R^{***}, âgé de 30 ans, négociant à Palerme, deux jours après un coït des plus suspects,

s'aperçoit d'une petite ulcération au bord du prépuce. Le docteur Alagna, consulté quelques jours plus tard, diagnostique un chancre non infectant, et le 2 mars institue un traitement par la poudre d'iodoforme. Guérison complète en sept jours.

OBSERVATION VII. — *Ulcère infectant : guérison en trente-deux jours de traitement.* — Augustin D^{***}, âgé de 40 ans, négociant de Palerme, ayant pratiqué le coït avec une fille publique, voit apparaître à la peau du prépuce au-dessous du frein une ulcération contre laquelle il emploie le calomel, l'onguent napolitain et la pierre infernale.

Consulté le 7 mars, je trouve un ulcère infectant type, d'un centimètre de large sur deux de long avec base fortement indurée et pléiade ganglionnaire aux deux aines. Sur mon conseil, le malade commença le jour même à employer de la charpie imbibée d'une solution d'iodoforme ; au bout de cinq jours, je substituai à ce traitement l'usage de la poudre. L'amélioration, d'abord à peine sensible, devint très-manifeste ; le 7 avril, l'ulcération était cicatrisée et l'induration en voie de disparaître. D'ailleurs, le malade accusant de fortes douleurs rhumatoïdes, je passai à un traitement approprié, c'est-à-dire à l'emploi des antisyphtiques.

OBSERVATION VIII. — *Ulcère phagédénique non infectant ganglionnaire : guérison presque complète en vingt-huit jours.* — Charles N^{***}, de Liverpool, marin, âgé de 22 ans, tempérament lymphatique, entre à ma clinique universitaire le 3 mars 1874. Il a contracté, il y a cinq semaines, une ulcération préputiale actuellement cicatrisée, mais qui a donné lieu, avant de disparaître, à un bubon inguinal gauche. Ce bubon a suppuré, et l'on observe aujourd'hui à

sa place un ulcère de mauvais aspect, long de cinq centimètres, large de deux. L'emploi de la poudre d'iodoforme, commencé le 10 mars, amène la décoloration des bords de la plaie, leur adhérence au bord de l'ulcère et la suppression rapide de la douleur. Le 6 avril, l'ulcère transformé en plaie simple avait perdu les 9/10^{es} de ses dimensions primitives.

Le malade dut, à son grand regret, quitter la clinique pour rejoindre son bord.

OBSERVATION IX.—*Ulcères non infectants multiples, compliqués de phimosis phlegmoneux : guérison au bout de trente-sept jours de traitement.*—Clément P^{***}, domestique, natif de Corleone, âgé de 23 ans, entre à la clinique le 11 mars 1874. Depuis six jours, il éprouve de vives douleurs occasionnées par des chancres non infectants multiples occupant le gland et le prépuce, et compliqués d'un phimosis phlegmoneux. Devant l'impossibilité de prescrire des pansements permanents, j'ordonnai des injections sous-préputiales avec la solution d'iodoforme; au bout de sept jours, la diminution du phimosis permettait d'appliquer directement sur les chancres la poudre d'iodoforme. Le malade sortit le 15 avril complètement guéri.

OBSERVATION X.—*Ulcère non infectant : guérison au bout de cinq jours de traitement.* — Francesco D^{***}, étudiant, né à Palerme, âgé de 19 ans, vit se former, le 13 mars 1874, peu de temps après un coït suspect, deux ulcérations douloureuses de la dimension d'une lentille, siégeant l'une en face de l'autre sur le gland et sur le prépuce très-près du frein.

Le malade s'adressa à M. Tusa, étudiant en médecine, qui diagnostiqua des ulcères non infectants et en obtint la guérison en cinq jours par l'emploi de la solution et de la poudre d'iodoforme.

OBSERVATION XI. — *Ulcère non infectant : guérison après trente jours.* — Girolamo F^{...}, de Palerme, âgé de 23 ans, d'une constitution scrofuleuse modifiée par l'âge, se fit une petite déchirure du frein en pratiquant le coït avec une femme saine; neuf jours plus tard, nouveau coït avec une personne malade, la solution de continuité se transforme en un ulcère infectant, et la transformation continue à s'effectuer malgré l'emploi du permanganate de potasse, puis du tartrate ferrico-potassique continué pendant vingt jours environ... Le malade se présenta le 20 mars à la consultation de la clinique, à laquelle il fut très-assidu depuis, et nous montra un ulcère vaste, profond, fortement induré, ayant occasionné une lymphite indolente du dos de la verge avec la double adénopathie inguinale. Au commencement, on employa la poudre d'iodoforme et la transformation de l'ulcère fut si marquée au bout de quatre jours qu'on l'eût pris pour une plaie simple, sans la lymphite et la pléiade ganglionnaire caractéristique. La cicatrisation continua à progresser, sauf un peu de ralentissement pendant deux jours, durant lesquels j'avais fait substituer la solution à la poudre d'iodoforme.

Au trentième jour, il ne restait de l'ulcère qu'une induration diminuée de moitié.

Ayant porté un pronostic de syphilis grave, je n'attendis pas l'apparition des symptômes constitutionnels pour commencer le traitement antisypilitique, et quinze jours après la disparition de l'accident local je fis prendre au malade des pilules de sublimé avec le fer et l'huile de foie de morue.

OBSERVATION XII. — *Ulcères non infectants : guérison au bout de dix jours.* — Michel L^{...}, de Palerme, propriétaire, âgé de 24 ans, d'une bonne santé habituelle, contracta vers le milieu de mars 1874 un ulcère du frein, survenu deux

jours après un coït impur. Peu après, apparition d'un second ulcère voisin du premier. Le 1^{er} avril, M. Caruso, étudiant en médecine, constate la présence de deux ulcères non infectants, de petites dimensions, mais très-douloureux. L'emploi de la poudre d'iodoforme, commencé le jour même, amena la cessation immédiate des douleurs ; la cicatrisation des deux chancres était complète au dixième jour.

OBSERVATION XIII. — *Ulcères non infectants, compliqués de bubon suppuré : guérison des ulcères après cinq jours de traitement.* — Le prêtre X^{***}, deux jours après s'être livré à des exercices peu sacerdotaux, vit apparaître à côté du frein deux ulcérations qui se compliquèrent, quarante-huit heures plus tard, d'un bubon de l'aîne droite. Je vis le malade pour la première fois, six jours après l'apparition de la première ulcération, soit le 1^{er} mai 1874 ; je trouvai deux chancres non infectants compliqués d'un bubon qui tournait à la suppuration. L'usage de la poudre d'iodoforme, continué depuis le 1^{er} mai jusqu'au soir du 5, amena la complète guérison des ulcères ; à la date du 6, le bubon commençait à présenter une fluctuation obscure ; c'est là que s'est arrêtée mon observation.

Il ne me reste maintenant, mon cher Doyon, qu'à vous serrer affectueusement la main, en réclamant votre indulgence pour ce long récit des misères de la vie humaine.

Croyez-moi votre dévoué confrère et ami,

GIUSEPPE PROFETA,

Professeur de clinique des maladies vénériennes et cutanées à
l'Université royale de Palerme.

Palerme, 8 mai 1874.

II.

RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DE LA SENSIBILITÉ DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le Dr H. RENDU, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

Les relations qui rattachent les affections cutanées au système nerveux ont été soupçonnées de tout temps, et l'on en retrouverait bien certainement la trace dans les écrits des anciens médecins. Mais ces données sont restées jusqu'ici à l'état de notions vagues, et n'ont jamais été appuyées d'aucune démonstration scientifique.

J'ai été frappé, pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis (1873) de l'insuffisance de nos connaissances à cet égard et j'ai poursuivi une série de recherches que je présente aujourd'hui au public médical. Il m'a semblé que le meilleur moyen de sortir des hypothèses et d'arriver à un résultat pratique était de voir ce que devenait la sensibilité chez les malades atteints d'affections cutanées, car toutes les perturbations de cette fonction relèvent directement du système nerveux périphérique ou central. On peut même s'étonner que l'étude de ces phénomènes, qui devrait, ce semble, tenir une place importante dans la séméiologie des maladies de la peau, ait jusqu'à présent si peu attiré l'attention. A un point de vue simplement descriptif, il n'est donc pas indifférent de compléter nos connaissances dermatologiques sur ce sujet ; mais de plus, il y a peut-être là un moyen d'arriver à une notion plus exacte de la nature de certaines dermatoses. On sait maintenant, grâce

aux belles recherches de Bœrensprung en Allemagne, de M. Charcot en France, de Wier Mitchell en Amérique, que nombre d'affections du système nerveux présentent des manifestations cutanées, dites trophiques, qui ressemblent à s'y méprendre à certaines dermatoses communes. Il y a déjà plusieurs années que l'on a fait du zona une classe à part, et personne aujourd'hui ne considérerait cette affection comme une éruption de nature exclusivement herpétique. M. Charcot a montré qu'il en est de même de certaines lésions érythémateuses, vésiculeuses et bulleuses, qui accompagnent les myélites aiguës et chroniques, l'ataxie locomotrice par exemple, et qui se rattachent directement à des lésions de la moelle centrale.

Ainsi, c'est aujourd'hui un fait hors de doute que les altérations organiques du système nerveux se traduisent par des manifestations cutanées qui ressemblent, sous bien des rapports, aux maladies de la peau spontanées.

La réciproque est-elle vraie, et les affections cutanées que nous considérons comme des troubles purement périphériques et superficiels ont-elles pour origine une perturbation nerveuse centrale ? Telle est la question que j'ai cherché à résoudre. — Dans cet ordre d'idées, tout est encore à l'état d'hypothèse, et l'on ne trouve nulle part ni renseignements exacts, ni démonstrations physiologiques acquises : à chaque pas on s'avance sur un terrain inconnu. Aussi ne devra-t-on pas s'étonner si je reste souvent dans l'expectative, sans oser me prononcer : ce serait d'avance s'exposer à des démentis assurés, que d'avoir la prétention de donner dès maintenant une réponse à des questions à peine entrevues.

Je diviserai cette étude en deux chapitres principaux :

Le premier, qui constitue la base clinique de mon travail, sera consacré à l'examen des faits ; j'essayerai de faire voir en passant en revue les principales affections cutanées,

quelles modifications subit la sensibilité à la période d'état et sur le déclin de l'éruption.

La seconde partie, plus exclusivement théorique, aura pour but de montrer dans quelle mesure s'exerce l'influence du système nerveux, et quelle est la valeur séméiologique de ces modifications de la sensibilité. Enfin, je tâcherai d'aborder le mécanisme de ces troubles fonctionnels, et je rechercherai si l'on doit les envisager comme de simples altérations périphériques ou bien comme des manifestations de cause centrale.

Ces deux parties seront loin d'avoir la même étendue. La première, qui concerne des résultats d'observation, sera développée, avec bien plus de détails que la seconde, car je ne veux pas donner aux hypothèses la même place qu'aux faits cliniques. Peut-être me reprochera-t-on des longueurs ; mais j'ai cru que pour établir la réalité de faits encore peu connus, il fallait multiplier les pièces justificatives. C'est pour cela que j'ai cité de nombreuses observations, presque toutes prises à l'hôpital Saint-Louis dans le service de mon excellent maître, M. Besnier. Je n'ai pas voulu faire intervenir, dans l'exposé de mes résultats, le moindre élément de statistique, parce que la statistique n'est possible qu'avec une expérience qui me manque et un temps dont je n'ai pu disposer. D'ailleurs, les points qui restent douteux dans mon esprit (et ils sont nombreux) ne sont pas de nature à être éclaircis par une statistique pure et simple, car pour ces sortes de recherches, il s'agit moins d'avoir devant soi une grande quantité de faits, que de rencontrer des observations bien choisies et exactement comparables.

Je n'ai pas non plus fait précéder mon travail de l'historique d'usage, parce que je n'ai trouvé en réalité que des renseignements bibliographiques accessoires et que nul travail d'ensemble n'a été publié jusqu'à présent sur la

question. Je renvoie à la fin, dans un index spécial, la liste des travaux que j'ai consultés et qui m'ont été utiles.

Un mot d'abord sur le mode d'expérimentation que j'ai employé dans mes recherches, afin de répondre d'avance aux objections qui ne peuvent manquer de se produire.

A l'exemple de Landry, je restreins les modalités de la sensibilité à trois principales qui sont : le sens du contact, de la température et de la douleur. Pour cette dernière, je crois qu'il faut de plus, dans certaines circonstances, distinguer la douleur superficielle de la douleur profonde.

Même en simplifiant ainsi le problème, on ne peut espérer d'arriver à des résultats complètement exacts.

La sensibilité ne se mesure pas, comme l'état des forces, au moyen d'un dynamomètre. Tout au plus cette appréciation est-elle possible dans certaines limites, depuis l'application du compas de Weber à ces sortes de recherches ; encore doit-on savoir qu'il y a forcément bien des causes d'erreur ! Les principales sont les suivantes :

1° Chez plusieurs individus également bien constitués et en bonne santé, la sensibilité tactile est loin d'être identique. Elle n'est pas davantage comparable.

2° Chez le même individu, suivant les différentes régions que l'on examine. Sous ce rapport les échelles de sensibilité qu'ont données les physiologistes représentent seulement une moyenne rigoureusement applicable à chaque cas particulier.

3° Enfin, l'appréciation des différences légères entre la sensibilité d'un point à un autre est souvent difficile, même de la part d'un malade intelligent.

Elle se complique, en effet, de sensations subjectives auxquelles personne n'échappe. Il suffit, pour s'en assurer, d'explorer la sensibilité tactile en rapprochant les branches du compas jusqu'à fusion des deux sensations de

contact, ou au contraire de partir de cette sensation unique pour arriver graduellement à la sensation double. Dans le premier cas, la perception des deux points dure bien plus longtemps qu'en opérant de la façon inverse.

Ce sont là des objections sérieuses, mais cependant on peut, dans une certaine mesure, s'affranchir de la plupart de ces causes d'erreur et arriver à un résultat suffisamment approché. D'ailleurs, c'est moins une exactitude absolue qu'une exactitude relative qu'il est ici utile d'obtenir.

Pour cela, il y a deux conditions à remplir :

D'abord, il est indispensable de se servir toujours du même mode d'exploration, par exemple de commencer constamment avec les branches du compas rapprochées, et de les écarter graduellement.

Il convient ensuite d'examiner chez le même malade les parties exactement similaires, par exemple l'avant-bras droit et l'avant-bras gauche, ou mieux encore, les portions saines de la région immédiatement en contact avec les surfaces malades. De cette façon les différences seront plus immédiatement appréciables, et de plus on se mettra à l'abri des causes d'erreur tenant à l'inégalité de la sensibilité normale aux diverses parties du corps.

J'ai employé concurremment, dans mes recherches sur la sensibilité tactile, le compas de Weber, perfectionné par M. Colin, et l'épingle vulgaire. Je dois dire que je donne la préférence à cette dernière, pour tout ce qui est de perception délicate à apprécier. Là où les malades ne constatent point de différence à l'esthésiomètre, ils en trouvent au contact de la pointe d'aiguille. Le compas n'est utile que pour exprimer en chiffres des degrés qu'il serait impossible d'évaluer autrement, mais il ne faut pas toujours accepter ses résultats comme l'expression absolue de la vérité.

Il est encore plus difficile d'apprécier les modifications

de la *sensibilité à la douleur* : elles reposent toutes en effet sur les allégations du patient, et elles dépendent d'une foule de causes, parmi lesquelles la pusillanimité ou le courage individuel du malade, la région explorée, la manière même dont on fait l'exploration (suivant qu'on enfonce l'aiguille lentement ou brusquement, sans prévenir ou en avertissant préalablement le sujet en expérience) tiennent évidemment une grande place. L'exploration ne peut donc porter que sur des variations considérables, et les nuances échappent forcément. Cependant ce procédé donne des résultats précieux, en ce qu'il fait reconnaître souvent des points analgésiques non soupçonnés par le malade.

Un détail de pratique sur lequel je crois devoir insister, c'est la nécessité d'enfoncer brusquement l'aiguille en un seul temps et de se servir d'une pointe fine : sans cela on confond la sensibilité à la pression avec la sensibilité proprement dite à la douleur.

Quant à la *sensibilité à la température*, nous manquons également d'échelle pour l'apprécier. Aussi pour obtenir des résultats comparables, ai-je toujours employé le même agent, qui est le contact d'un corps froid métallique à la température extérieure. La cuillère des malades en a fait habituellement les frais. J'avais d'abord essayé d'appliquer un objet chauffé à une température donnée, mais ce procédé, outre qu'il était plus compliqué et par suite peu pratique, m'a semblé donner des résultats moins nets.

J'aurais voulu donner plus de place à un symptôme qui joue un très-grand rôle dans la pathologie cutanée, et qui traduit bien certainement l'état nerveux des malades, je veux parler du *prurit*, cette perversion de la sensibilité qui manque si rarement, et qui devient parfois si intolérable. Sans doute, il serait fort intéressant de pouvoir distinguer les diverses modalités de la démangeaison : picote-

ments, fourmillements, élancements, sensations de froid, de chaleur, de cuisson, de brûlure, sont évidemment des manifestations qui ont chacune leur valeur, mais qui échappent complètement à l'analyse, car elles reposent exclusivement sur le dire des malades. Or, la plupart de ceux-ci les apprécient mal, les exagèrent souvent, et ne savent point en faire la différence.

PREMIÈRE PARTIE.

I. — *Troubles de la sensibilité dans l'inflammation simple de la peau.*

Avant de commencer l'étude des désordres de la sensibilité dans les maladies de la peau, il est indispensable de rechercher comment la surface cutanée se comporte, à ce point de vue spécial, lorsqu'elle est enflammée. La comparaison de ce qui se passe dans la dermite simple et dans les affections cutanées qui s'en rapprochent par leurs caractères extérieurs, fera mieux ressortir les différences profondes qui séparent des états en apparence très-voisins.

Le type le plus simple de l'inflammation de la peau est celui que l'on détermine au moyen d'un agent irritant quelconque, une brûlure, ou un vésicatoire par exemple. La fréquence de ce dernier cas m'a conduit à étudier tout particulièrement ce que devient alors la sensibilité périphérique.

Voici les résultats de ces recherches, répétées assez souvent pour que je les croie tout à fait exacts.

Si l'on promène très-légèrement la pointe de l'aiguille sur la surface enflammée d'un vésicatoire, avant qu'il se soit formé une bulle au point examiné, on constate que la sensibilité de contact et le chatouillement sont ordinai-

rement mieux perçus que sur les parties voisines de la peau saine. Le même résultat s'obtient au moyen de l'esthésiomètre : mais ici, le phénomène est plus compliqué, parce qu'il est difficile d'appliquer les deux pointes du compas sur la surface cutanée sans la comprimer, et par suite, sans éveiller une certaine douleur.

Un premier point est donc bien démontré. La sensibilité tactile, au niveau de la peau enflammée, est notablement augmentée : il y a de l'*hyperesthésie*.

Il va sans dire que ces résultats sont tout autres une fois que s'est formée la phlyctène du vésicatoire, car on n'a plus affaire alors qu'à une lamelle épidermique insensible par elle-même. Aussi voit-on la sensibilité de contact s'émousser, tandis que la sensibilité à la douleur s'exagère, dès que la pointe de l'aiguille vient toucher les papilles du derme congestionnées.

L'hyperalgésie, dans l'inflammation de la peau, est constante, et c'est un phénomène tellement vulgaire, qu'il est à peine besoin d'y insister. La douleur, avec la tuméfaction, est l'élément essentiel de toute inflammation, et nulle part elle n'est plus vive que dans les phlegmasies franches de la peau.

Il n'en est plus de même pour ce qui concerne la sensibilité à la température. La faculté de percevoir les variations thermiques du froid et du chaud, surtout du froid, n'est pas toujours appréciée par les malades d'une façon identique. Dans la majeure partie des cas, elle m'a paru un peu émoussée, à la sensation de froid provoquée par l'application d'un corps métallique, et plus nette sur la peau saine ; d'autres fois, les malades m'ont accusé des sensations comparables au niveau du vésicatoire et sur les points voisins ; enfin, j'ai observé deux ou trois fois, notamment chez une femme atteinte de pelvipéritonite et qui portait un large vésicatoire sur la région hypogastrique,

une exaltation non douteuse de la sensibilité thermique.

On pourrait tirer comme première conclusion de ces divergences, qu'il s'agit là de phénomènes fugaces et de nuances difficilement saisissables, et l'on ne se tromperait pas. Je crois qu'on peut se rendre compte de la raison de ces différences en analysant d'une manière plus exacte ce qui se passe. Effectivement, lorsqu'on applique un corps froid ou chaud sur un point de la peau enflammée, il y a en réalité de la part du malade double perception, celle du contact de l'objet d'abord, et ensuite celle de sa température. La première l'emporte de beaucoup sur la seconde, et pour peu qu'on augmente la pression, toutes ces sensations se combinent et s'absorbent en une seule qui est une douleur assez vive.

Je crois donc, en faisant quelques réserves au sujet des variations de la sensibilité thermique, que les résultats suivants sont la règle dans le dermite simple. Au point enflammé, il existe toujours de l'hyperesthésie tactile et de l'hyperalgésie : ordinairement au contraire une perception moins nette de la température.

Les résultats sont-ils modifiés lorsque l'inflammation du derme, au lieu d'être provoquée artificiellement est due à une cause morbide.

Pour répondre à cette question, j'ai exploré la sensibilité cutanée chez des malades des services de chirurgie affectés de *phlegmon* simple ou diffus et d'*angioleucite*. J'ai toujours trouvé une augmentation de la sensibilité tactile, de l'hyperalgésie et un peu d'obtusion dans l'appréciation de la température. J'ai vérifié d'autre part à plusieurs reprises, ces résultats chez des individus qui portaient des lymphangites du bras consécutives à de l'eczéma des mains ou à des éruptions parasitaires. C'est donc là une règle qui me paraît générale (1).

(1) Il faut tenir compte aussi de la période à laquelle est arrivée

L'érysipèle, qui offre tant d'analogies extérieures avec l'angioleucite s'en rapproche également par la modification qu'il détermine dans la sensibilité périphérique. J'ai eu l'occasion, au commencement de l'année, d'assister à une petite épidémie d'érysipèles nés dans les salles consécutivement à l'introduction d'un premier cas venu du dehors. Chez tous ces malades, au nombre de huit, il existait, en même temps que la rougeur et le gonflement habituels, une hyperesthésie et une hyperalgésie évidentes au niveau des parties affectées.

Quant à la sensibilité thermique, loin d'être exaltée d'une façon parallèle, elle semblait notablement diminuée, ou tout au moins beaucoup plus mal appréciée. Tous les érysipèles vrais que j'ai vus se sont comportés de cette manière, et je n'insisterais pas tant sur ce point, si je n'avais trouvé mentionnés dans un mémoire sur l'anesthésie (1) deux exemples d'érysipèles qui seraient accompagnés de perte de la sensibilité : mais il est facile de voir, à la lecture des observations, que ces soi-disant érysipèles étaient évidemment des érythèmes liés à une affection grave des centres nerveux ; car Reid, qui rapporte le fait, mentionne qu'à la suite de l'affection cutanée les jambes, puis le tronc, puis les bras, se paralysèrent tour à tour. Evidemment on ne peut rien conclure d'un cas aussi mal interprété.

Il ressort de cette série de faits, que j'appuierai d'observations si je ne craignais de trop m'étendre, cette première conclusion : c'est que, dans l'inflammation de la peau, spontanée et provoquée artificiellement, aussi bien que

l'inflammation. Ainsi dans la lymphangite purulente, l'hyperesthésie et l'hyperalgésie sont acquises au moment où l'abcès se prépare : une fois le pus formé, au contraire, la sensibilité est notablement émoussée. Il en est de même de l'érysipèle : c'est sur les portions périphériques récemment envahies que l'on peut apprécier ces différences.

(1) Smoler, *Prager Vierteljahrschrift*, t. III et IV, p. 77.

dans l'érysipèle, on observe d'une façon constante l'exaltation de toute la sensibilité à l'exception de la sensibilité thermique. J'ai hâte d'aborder l'étude des affections cutanées proprement dites, afin d'apprécier dans quelle mesure elles s'éloignent ou se rapprochent du type de la dermite normale.

II. — Troubles de la sensibilité dans l'érythème.

Une première catégorie d'éruptions comprend tous ces cas d'exanthèmes fugaces, caractérisés anatomiquement par une poussée congestive vers la peau, et qui, au point de vue dermatologique, constituent la classe des *érythèmes*. — Affections toujours bénignes, à marche rapide, liées le plus souvent à des actions locales irritantes, ou consécutives à l'ingestion accidentelle de certaines substances, ces éruptions n'atteignent que les éléments les plus superficiels de la peau, sans la modifier dans sa constitution intime : elles se rapprochent de la dermite par les troubles vasculaires dont elles s'accompagnent. Aussi est-il facile de prévoir que les perturbations de la sensibilité n'y sont ni très-caractérisées ni durables.

Je range encore dans ce cadre l'affection successivement désignée sous le nom d'herpès iris, d'hydroa bulleux, qui pour la marche, la disposition générale, les variétés qu'elle présente appartient bien plus au groupe des affections érythémateuses qu'aux éruptions vésiculeuses.

Au point de vue de la sensibilité, ces diverses affections n'offrent en général que des modifications insignifiantes. Quelques-unes subissent complètement leur évolution, sans qu'à aucune de leur phase la peau cesse de sentir de la façon normale. Je citerai pour exemple le fait d'un érythème copahique assez intense survenu au dixième jour du traitement par les balsamiques chez un sujet atteint de blennorrhagie. Bien que l'éruption fût très-forte et qu'elle

couvrit sous forme de larges plaques les membres inférieurs dans leur totalité et la partie externe des membres supérieurs, elle ne donna lieu à aucun symptôme ; à part la rougeur et la fluxion de la peau, je ne pus constater la moindre différence dans la sensibilité des parties affectées.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il est habituel de rencontrer dans ces sortes d'éruptions une légère exaltation du sens tactile, en même temps que certains troubles fonctionnels dont le plus important est le prurit. Les faits suivants, où ce dernier symptôme était très-prononcé rentrent dans la catégorie de ce qu'on observe le plus communément ; c'était aussi la règle dans la plupart des cas d'urticaire qui m'ont passé sous les yeux.

OBS. I. — *Herpès iris, très-prurigineux.* — *Légère hyperesthésie tactile, sans autre modification de la sensibilité.* — Julie, M..., âgée de 21 ans, d'une assez bonne constitution, sans antécédents scrofuleux ni arthritiques appréciables, se présente à la consultation le 5 mai 1873, pour une éruption qui lui est déjà survenue au printemps de l'année précédente.

Depuis cinq ou six jours, sans cause connue, elle a vu paraître sur le dos de ses mains des taches rouges, devenant rapidement papuleuses et s'accroissant excentriquement. — Par suite des progrès de l'éruption, les plaques érythémateuses occupent, au moment de son entrée à l'hôpital, non-seulement le dos de la main, mais les poignets et la face, surtout au pourtour des orifices naturels (paupières, lèvres, ailes du nez). Chacune d'elles est constituée par un disque exactement circulaire de la grandeur d'une pièce de 2 francs, terminé par un bourrelet marginé plus saillant, d'un rouge vif ; l'intérieur de ce disque, d'un rouge plus pâle, est légèrement déprimé ; en son centre se mon-

tre un point brunâtre, constitué par la dessiccation d'une vésicule initiale qu'il est difficile d'apercevoir à sa période d'état sur les éléments plus jeunes.

Cet érythème est extrêmement prurigineux, surtout le soir, et les démangeaisons sont assez vives pour empêcher presque complètement le sommeil. Pourtant, lorsqu'on pique ces plaques, on y détermine une douleur superficielle qui n'est pas plus forte que sur les parties voisines, et l'on constate que la sensibilité thermique n'est pas non plus modifiée. La seule altération que l'on découvre est une faible augmentation de la sensibilité tactile ; le contact le plus léger de la pointe provoque une sensation de chatouillement assez prononcée qui manque absolument sur les parties saines adjacentes.

Au bout de quelques jours, à la suite de lotions d'eau blanche et de bains amidonnés, l'éruption a pâli et a cessé d'être prurigineuse ; la sensibilité, explorée le 9 mai est redevenue complètement normale. — La malade demande sa sortie le 12 mai.

Dans l'observation précédente, que j'ai choisie comme type parmi plusieurs faits analogues, il est à remarquer que la sensibilité tactile est la seule qui présente quelques modifications : la douleur et la température sont perçues aussi bien qu'à l'état normal. — J'ai eu cependant l'occasion de voir chez deux malades qui, malheureusement n'ont pas voulu entrer à l'hôpital, une remarquable obtusion de la sensibilité à la douleur.

Voici l'un de ces faits, que j'ai recueilli avec soin au moment où il s'est présenté à mon observation.

Obs. II. — *Erythème marginé. — Intégrité de la sensibilité tactile et thermique. — Analgésie superficielle.*

Le nommé Desguilleux, âgé de 20 ans, homme robuste, se présente à la consultation le 13 juin avec une éruption

pseudo-exanthématique survenue depuis deux jours à la suite d'excès de boisson. Tout son corps est couvert de plaques d'érythème marginé, disposées en cercles et en anneaux plus ou moins réguliers. Le centre de chaque plaque, d'une couleur rose pâle, est peu élevée, tandis que le bord est constitué par un bourrelet d'un rouge vif, formant une saillie appréciable au doigt. L'éruption est très-prurigineuse, surtout le soir : cependant elle ne l'est pas suffisamment pour empêcher le sommeil.

Au niveau de ces plaques érythémateuses, le sens du tact n'est pas modifié d'une manière appréciable, non plus que la perception de la température. En revanche, la sensibilité à la douleur est très-évidemment émoussée. On peut piquer la peau de façon à implanter une épingle dans ses couches superficielles, sans que le malade accuse autre chose qu'une sensation de pression. Au contraire, une piqûre beaucoup moins forte, sur les parties saines, donne lieu à une sensation de douleur bien franche. Il est à noter également que la piqûre au niveau des plaques ne s'accompagne pour ainsi dire d'aucun écoulement de sang, malgré l'état congestif de la peau. Au contraire, sur la peau saine, la piqûre détermine immédiatement une rougeur assez vive au point de contact et un suintement sanguin plus considérable.

Le malade n'a pas été revu depuis.

Ces faits, malheureusement trop isolés pour qu'on puisse en tirer la moindre conclusion, me paraissent fort remarquables. Ils montrent en effet que les troubles de la sensibilité ne sont pas toujours en rapport avec la lésion, puisqu'une altération manifestement congestive ne donne pas lieu aux symptômes habituels du début du phlegmon. Ils offrent en outre de l'intérêt à un autre point de vue, celui de la marche et de l'évolution de l'éruption. En effet, l'érythème, ici, affectant la forme de plaques marginées à développement

centrifuge, c'était dans la partie centrale de la plaque que la sensibilité à la douleur était le plus émoussée. Sans vouloir forcer ici les analogies, je ne puis m'empêcher de rapprocher cette disposition de celle qu'on observe pour certains pityriasis et psoriasis annulaires, dans lesquels les mêmes troubles de la sensibilité, à savoir un degré d'algésie plus ou moins prononcé, se rencontrent assez communément au centre des plaques. Je reviendrai d'ailleurs prochainement sur ce point.

III.

J'arrive maintenant à un autre ordre d'affections cutanées qui, tout en présentant certaines analogies avec le groupe des éruptions précédentes, en diffèrent considérablement par la marche et par la durée ; je veux parler de l'eczéma, du pityriasis rubra et du psoriasis. Ces trois espèces, bien que ne formant pas une seule et unique famille, me paraissent ici devoir être rapprochées les unes des autres. Elles offrent en effet pour caractère commun de n'intéresser la peau que dans ses couches tout à fait superficielles, et tout le monde sait qu'un psoriasis invétéré, qu'un pityriasis tenace, ne laissent, après leur disparition, aucune trace à la surface de la peau. — L'eczéma lui-même, tant qu'il est réduit à ses propres éléments, et qu'il ne se développe pas chez un sujet strumeux, prédisposé aux lymphangites et aux adénites, n'amène dans la structure de la peau que des modifications relativement peu considérables et se comporte sous ce rapport comme un psoriasis. J'ajouterai que souvent, même au point de vue purement symptomatique, les caractères différentiels de ces deux affections sont assez peu tranchés pour qu'il puisse être difficile de se prononcer sans un examen attentif : au cuir chevelu, par exemple, et

à la paume des mains, la distinction est parfois presque impossible.

Enfin, dans les deux cas, l'éruption est également polymorphe et susceptible d'affecter une marche variable, tantôt évoluant d'une façon aiguë à la façon des pseudo-exanthèmes, tantôt se développant lentement durant des mois, presque des années entières : susceptible de se modifier assez rapidement, sous l'influence du traitement, pour faire croire à la guérison, mais récidivant avec une facilité déplorable. Voilà, ce me semble, une série de caractères qui fixent, non l'identité de ces affections, mais leur très-grande affinité, et qui justifient la place que je leur assigne à côté les unes des autres. Sans méconnaître en effet l'importance de la lésion anatomique pour classer et différencier les affections de la peau, je crois qu'il y a de l'exagération à s'en tenir à cette simple notion ; car en réalité la squame n'est pas plus la lésion élémentaire du psoriasis que le suintement et l'exfoliation lamelleuse ne sont celle de l'eczéma : ce sont toutes deux des conséquences de l'irritation des parties superficielles de la peau qui évolue différemment dans les deux cas, et souvent aussi suivant les régions.

A. — *Trouble de la sensibilité dans l'eczéma.*

Il n'est pas nécessaire d'avoir fait de longues études à l'hôpital Saint-Louis pour se convaincre que sous le nom d'eczéma on comprend une série de manifestations cutanées qui, tout en se traduisant à peu près par les mêmes caractères objectifs, sont loin d'avoir la même signification pathologique et de reconnaître la même cause. Cette multiplicité d'aspects se retrouve même dans les allures de l'éruption proprement dite, et l'on sait toutes les divisions et subdivisions des auteurs, suivant que l'eczéma est sec, humide, lichénoïde, impétigineux, circonscrit ou généralisé, artificiel ou pathogénitique.

Sans entrer dans toutes ces variétés, il est impossible de faire un seul groupe de tous les eczémas, sous peine d'arriver aux résultats les plus contradictoires. En simplifiant autant que possible cette étude, il me semble qu'on peut distinguer dans cette famille, au point de vue où je me suis placé, trois catégories assez distinctes.

Un premier groupe est formé par les eczémas dits artificiels ou professionnels. Tout en admettant que dans bon nombre de cas, ils se relient à une disposition générale en constituant réellement une manifestation diathésique, il est incontestable que très-souvent ils semblent être le résultat d'une irritation cutanée pure et simple. Aussi affectent-ils en général une disposition particulière. Limités ordinairement aux mains et aux poignets, ils se présentent sous forme d'une éruption polymorphe, où la vésicule se mêle à la pustule, de façon à simuler une éruption parasitaire : de là le nom de gale des épiciers sous lequel on connaît cette variété dans le public. Je ne comprends pas dans cette catégorie les cas fort nombreux d'eczéma sec numulaire qui surviennent au niveau des doigts, sur le dos de la main, occupant en général des points plus ou moins symétriques, et qui sont, ainsi que l'a prouvé M. Bazin, presque toujours une manifestation arthritique.

Je range dans un second groupe les faits, moins fréquents, dans lesquels l'éruption prend les allures et la marche d'un pseudo-exanthème. Voici en général ce qui se passe.

C'est généralement à un écart de régime, souvent à un excès de boisson que succède cette variété d'éruption. Dès le lendemain ou le surlendemain, en même temps qu'un peu de malaise, apparaissent des démangeaisons généralisées à toute la surface du corps; puis l'on voit se produire à la face, au cou, sur le tronc et les membres une série de placards érythémateux, de forme irrégu-

lière, très-purigineux, en général secs, ou très-légèrement suintants, qui deviennent furfuracés et desquament pendant une ou deux semaines. En regardant attentivement la surface de chaque plaque, on trouve bien quelquefois de petites collerettes squameuses annulaires, analogues à des vécicules rompues, mais jamais l'apparence de l'eczéma ordinaire, avec sa surface exulcérée et ses orifices suintants. C'est quelque chose d'intermédiaire à l'érythème simple et au pityriasis; mais en réalité on ne peut pas assimiler cette forme avec la suivante qui me reste à décrire.

Le type des vrais eczémas, pour moi, est constitué par ces éruptions, toujours liées à une influence diathésique, qui surviennent sans cause apparente et se généralisent souvent à tout le corps, mais en occupant certaines régions déterminées, comme les plis articulaires ou la surface des membres, plus rarement le tronc et l'abdomen sous forme de plaques nummulaires plus ou moins étendues.

Au point de vue de leur apparence extérieure, ce sont plus souvent des placards d'eczéma sec que de l'eczéma humide : au point de vue de leur distribution, ils occupent de préférence des régions du corps symétriques, sans pourtant s'astreindre à une disposition toujours régulière : enfin, ils passent par toutes les variétés de coloration, et s'accompagnent de tous les degrés de démangeaisons possibles, suivant les sujets. On voit que je réunis dans une même catégorie les deux types attribués par M. Bazin, l'un à l'arthritisme, l'autre à l'herpétisme : non pas que je rejette cette division étiologique, que je crois vraie, au moins dans une bonne partie des cas, mais parce que ces deux variétés, au point de vue du sujet qui m'occupe, se comportent exactement de la même façon.

Ce groupement des diverses formes de l'eczéma en trois classes est sans doute artificiel, si l'on s'en tient aux ca-

actères objectifs; aussi je ne la conserve que parce qu'elle met bien en relief la différence considérable que l'on rencontre dans ces variétés, lorsqu'on explore la sensibilité. Tandis qu'en effet les eczémas professionnels, ou provoqués, ne donnent lieu qu'à des troubles de sensibilité, absolument insignifiants, les vrais eczémas se caractérisent par des modifications constantes, assez profondes, ce que je n'ai vu manquer chez aucun malade, bien qu'elles ne soient signalés nulle part. Quant à la seconde catégorie, elle est loin d'offrir des caractères aussi tranchés. Tantôt j'ai vu la sensibilité se maintenir normale, ou à peu près; tantôt, au contraire, j'ai pu constater des modifications presque analogues à celles que je rencontrais dans les eczémas les plus légitimes; d'autres fois, enfin, des altérations qui semblaient rapprocher l'éruption de la dermite franche; c'est donc un groupe mixte, sur lequel je n'ose me prononcer d'une façon catégorique.

B. — *Eczémas professionnels et artificiels.*

La recherche de la sensibilité, dans ces cas, donne en général des résultats nuls. Le contact, la douleur et la température sont appréciés de la façon la plus normale, même dans certains cas où l'existence de croûtes, de fissures, de rugosités de l'épiderme semblerait devoir être une cause d'obtusion pour ces différentes impressions.

D'autres fois, j'ai constaté un peu d'hyperesthésie et d'hyperalgésie mais dans ce cas, il y avait un œdème du dos de la main et un empatement du tissu cellulaire voisin du phlegmon, ce qui rentre dans la catégorie des inflammations de la peau étudiées au commencement de ce travail. Je dirai la même chose des éruptions de gale pustuleuse, pour peu qu'elles soient un peu confluentes. Dans presque tous ces cas, je le répète, la sensibilité se maintient à peu près

normale, et quand elle offre quelques altérations, c'est ordinairement dans le sens de la dermite simple.

L'observation suivante montre un fait de ce genre, intéressant par le développement de l'éruption et par l'absence de tout antécédent diathésique.

Obs. III. — *Eczéma des mains, professionnel. — Absence de troubles de la sensibilité.*

Eugène J..., âgé de 43 ans, est depuis longtemps occupé à vernir et à peindre des porte-bouteilles : il est constamment en contact avec le vernis, et la paume de sa main en est complètement imprégnée. Il y a cinq ans, il dut suspendre son travail pendant deux mois pour une éruption analogue à celle qui l'amène aujourd'hui. Jamais du reste il n'a présenté d'antécédents arthritiques, ni dartreux. Il se présente le 19 mai dans l'état suivant : le dos de la main droite est rouge, gonflé, douloureux, les doigts sont fendillés, fissurés et laissent suinter un liquide gommeux qui se prend en croûtes. Sous l'épiderme, on aperçoit des élevures vésiculeuses et de nombreuses pustules. Sur l'avant-bras et au bras correspondant serpentent des traînées rouges de lymphatiques enflammées, qui se rendent aux ganglions épitrochléens et axillaires; augmentés de volume et sensibles à la pression.

Les mêmes lésions existent, mais à un degré moindre, au pouce de la main gauche. En ce point, la lésion se présente avec l'aspect d'une plaque d'eczéma sec presque lichénoïde : il n'y a pas de lymphangite concomitante.

Sur le dos de la main droite, la sensibilité de contact semble un peu émoussée, ce qui tient aux nombreuses croûtes qui recouvrent l'épiderme. Quant aux autres sensibilités, elles ne sont en aucune façon émoussées, pas même la sensibilité thermique. La douleur ne peut être même

perçue d'une façon plus vive, aux points œdématiés et directement enflammés.

Quelques jours après, les croûtes une fois tombées au moyen de cataplasmes de fécule, on constate que la sensibilité est absolument normale. Au bout de trois semaines, sous l'influence de l'enveloppement dans le caoutchouc pendant la nuit et de bains d'amidon, le malade sort de l'hôpital bien guéri.

A côté de ces faits d'eczémas professionnels, se placent les éruptions qui constituent la seconde catégorie, et qui se comportent tantôt à la façon des pseudo-exanthèmes tantôt comme des éruptions artificielles. L'observation suivante est un type d'eczéma pseudo-exanthématique.

OBS. IV. — *Eczéma aigu, à marche rapide, déterminé par un excès de boisson. — Troubles de la sensibilité peu appréciables.*

Emile V..., âgé de 19 ans, porcelainier, entre à la salle Saint-Léon le 28 avril. C'est un jeune homme robuste, et qui n'a jamais été malade. Son éruption date de huit jours, elle est apparue le lendemain d'un excès de boisson. Elle occupe symétriquement les avant-bras dans le sens de l'extension, les coudes, la face interne des cuisses et des jambes. Le tronc est complètement épargné.

La lésion élémentaire est ici une vésicule très-petite qui sécrète un liquide gommeux, mais le suintement est presque nul. L'éruption est disposée sous forme de petites plaques circulaires, assez confluentes, d'un rouge vif, non recouvertes de croûtes, sauf aux coudes. Aux jambes, ces plaques sont recouvertes de squames, lamelleuses légèrement humides : il existe également çà et là quelques pustules. En un mot, il y a là une apparence polymorphe qui pourrait faire croire à la gale, si l'intégrité absolue du tronc

et de la verge et surtout l'absence de tout sillon d'acare ne fixait le diagnostic.

L'exploration de la sensibilité, au niveau des plaques, donne les résultats suivants. Sur les points recouverts de squames, le contact de l'aiguille est un peu plus obscurément perçu. Les squames enlevées, il n'y a pas de différence avec les parties saines. Quant aux impressions de douleur et de température, elles sont appréciées comme à l'état normal. Il n'y a donc, à vrai dire, aucune modification dans la sensibilité générale. En revanche, toutes ces parties sont le siège de démangeaisons et de picotements incessants qui troublent le sommeil, et ces troubles fonctionnels ne sont pas en rapport avec la bénignité de la lésion.

La marche de l'éruption est très-simple. Sous l'influence de quelques bains d'amidon, l'exanthème pâlit, les démangeaisons s'atténuent. Huit jours après le malade sort, sur sa demande, presque complètement guéri et ne conservant plus que des traces congestives insignifiantes.

Voici maintenant un spécimen d'eczéma primitivement spontané, et entretenu par le malade. Ici, nous observons quelques altérations dans la sensibilité, mais elles sont inverses de ce que l'on trouve dans l'eczéma franchement diathésique.

Obs. V. — Eczéma généralisé surtout aux membres inférieurs : persistance de l'éruption, entretenue par le malade. — Troubles de la sensibilité analogues à ceux de la dermite simple.

Mathieu R..., 41 ans; homme vigoureux et sans antécédents diathésiques, arrive à l'hôpital le 12 mai pour un eczéma datant de deux mois, qui occupe les avant-bras et les jambes. L'éruption est peu intense, assez animée, et

très-prurigineuse au dire du malade. Au milieu des plaques d'eczéma, se voient des traces de grattage et des pustules d'ecthyma. L'examen de la sensibilité montre qu'il existe au niveau des parties malades un peu d'hyperesthésie et d'hyperalgésie, mais la température est moins nettement perçue que sur les parties saines.

Le malade est soumis à l'usage des bains d'amidon ; enveloppement des membres malades dans la toile de caoutchouc, un verre d'eau de Sedlitz tous les jours. Au début, amélioration rapide, disparition des traces de grattage et de l'ecthyma ; puis le mal reparait avec une persistance qui éveille les soupçons. On s'assure que le malade, par ses grattages incessants pendant la nuit, entretient son éruption. Au bout de trois semaines d'observations, on en acquiert la certitude. Le malade sort de l'hôpital non guéri. Dans les derniers jours, l'exploration de la sensibilité a montré les mêmes modifications qu'au moment de son arrivée.

(La suite au prochain numéro.)

III.

DES LÉSIONS TERTIAIRES DU PHARYNX

(Extrait d'une leçon faite à l'hôpital de Lourcine, par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, et recueillie par le Dr Schwartz.)

... Les lésions tertiaires du pharynx sont : 1° des syphilides ulcéreuses ; 2° des syphilides gommeuses ; 3° des gommes sous-muqueuses.

I. *Syphilides ulcéreuses*. — Nous pourrions être bref sur ce genre de lésions ; car les syphilides ulcéreuses sont ici ce qu'elles sont ailleurs. Elles consistent simplement en des ulcérations qui succèdent à un gonflement hyperémique de la muqueuse, ulcérations peu creuses en général, ne faisant qu'entamer assez superficiellement le derme muqueux, plus ou moins étendues, mais généralement assez restreintes comme surface, présentant des bords peu marqués et un fond jaunâtre, fréquemment revêtu d'une sorte d'enduit crémeux. Cette première forme, la moins commune des lésions pharyngiennes, ne présente du reste rien de spécial ni comme caractères, ni comme évolution ; elle est bénigne relativement à celles que nous allons étudier.

II. *Syphilides gommeuses*. — Les affections gommeuses de la muqueuse pharyngienne sont au contraire des plus communes ; elles sont presque aussi fréquentes que les gommes du voile palatin.

Elles se présentent sous deux formes très-distinctes qui demandent à être décrites séparément, et que je m'étonne de

trouver confondues par les classiques, à savoir : sous forme de tumeurs circonscrites et d'infiltration en nappe.

1° *La gomme circonscrite* est de beaucoup la forme la plus fréquente ; c'est aussi la plus bénigne. Elle consiste en une petite tumeur nettement circonscrite, développée dans la muqueuse du pharynx, tumeur qui, originellement solide, se ramollit plus tard, s'ouvre, et aboutit à une ulcération limitée du derme muqueux.

Cette petite tumeur, il est rare de pouvoir la suivre dans toutes les phases de son développement ; car à son début et à sa période de formation elle est essentiellement indolente, et le malade ne s'en inquiète pas. Généralement, neuf fois sur dix, on ne la constate qu'à une période plus avancée, à l'état d'ulcération. A ce moment, la lésion se présente sous l'apparence d'une plaie rappelant exactement l'aspect de l'ulcère gommeux, à savoir : plaie de forme généralement circulaire, quelquefois parfaitement circulaire ; — plaie creuse, remarquablement creuse, entamant fortement le derme muqueux, à bords nettement découpés dans une aréole dure ; infiltrée, rouge, saillante, laquelle borde l'ulcère et lui forme une sorte de cadre ; — plaie à fond jaunâtre ou jaune, d'aspect bourbillonneux, ou bien encore revêtu (comme pour la plupart des ulcérations de la gorge) d'une sorte d'enduit crémeux, muco-purulent ou diphthéroïde, de couleur ou jaunâtre ou blanc-jaune.

Le plus souvent il n'existe qu'une seule de ces lésions ; quelquefois on rencontre deux, trois et même davantage, mais cela est plus rare.

2° *Infiltration diffuse ; gomme en nappe.* Au lieu de consister en une tumeur circonscrite de la muqueuse, cette lésion consiste en une infiltration gommeuse qui s'étend en surface et envahit sous forme de nappe une portion plus ou moins considérable des éléments anatomiques du pharynx. C'est ainsi que l'on trouve, par exemple, la paroi

postérieure du pharynx dégénérée sur une étendue variable en un tissu dur, lardacé, résistant. Dans ce cas la muqueuse boursoufflée se rapproche plus ou moins des parties antérieures, jusqu'à arriver à une faible distance de la partie la plus postérieure du voile. Quelquefois aussi cette infiltration diffuse porte sur les piliers de l'isthme, qui deviennent épaissis, durs, fermes, rigides.

D'une part cette infiltration gommeuse tuméfie la région et lui donne l'aspect de l'hypertrophie; d'autre part, cette hypertrophie a pour conséquence de diminuer d'autant les diamètres de la cavité pharyngienne ou de l'isthme buccopharyngien. Si bien qu'en certains cas il se produit une sorte d'atrésie de cette cavité ou de cet isthme.

Cette espèce particulière de lésion gommeuse ne diffère pas du reste, comme évolution, des gommes de tout genre. Après un certain temps, elle subit le ramollissement et dégénère en de larges ulcérations.

A quels troubles fonctionnels donnent lieu ces lésions du pharynx ?

On l'a dit avec raison : « la syphilis tertiaire vient prendre domicile dans le pharynx sans appareil et sans bruit. » *Début ignoré et développement indolent*, tel est le caractère prédominant à bien signaler ici à l'attention du médecin. C'est en effet d'une façon tout à fait latente, à l'insu des malades, que les lésions tertiaires viennent prendre possession du pharynx. Plus tard ces lésions se développent en n'occasionnant qu'une gêne insignifiante de la gorge et pas ou peu de douleurs, si peu même que le malade ne s'en inquiète pas, le plus souvent.

La douleur et les troubles fonctionnels ne commencent guère qu'avec l'ulcération. Et même quelle est cette douleur, quels sont ces troubles ? Ici une distinction est nécessaire à établir suivant les cas, car ces phénomènes peuvent différer du tout au tout.

Si la lésion est unique, ou même si les lésions sont multiples, mais peu étendues et siègent sur la paroi postérieure pharynx, la douleur est nulle ou presque nulle, les troubles fonctionnels sont insignifiants. On observe seulement un certain embarras, un certain malaise de la gorge, un besoin de cracher, de *hemmer*, mais c'est tout.

Au contraire, si les lésions sont confluentes, étendues, si elles occupent les parties plus voisines de l'isthme; et *a fortiori* si elles se sont étendues jusqu'à l'isthme, alors douleur véritable, peu intense, il est vrai, à l'état de repos du pharynx, c'est-à-dire quand le malade n'avale pas; mais *dysphagie* très-accentuée; tous les mouvements de déglutition sont pénibles, la déglutition des solides est très-douloureuse, impossible même; le malade est forcé de s'alimenter de liquides, de bouillies, de soupes; la déglutition des liquides est également douloureuse; le vin, les alcooliques, les aliments acides sont insupportables;—la mastication est également gênée;—la voix est altérée, non dans son timbre, mais dans son intensité et sa netteté; de plus elle est nasonnée;—les malades éprouvent un besoin fréquent de cracher, parce que la salive est sécrétée en abondance et qu'ils sont gênés pour l'avaler; ce qu'ils rejettent consiste en des mucosités tantôt claires et filantes, tantôt mêlées de pus et striées de sang.

Ici, messieurs, une particularité de siège doit nous arrêter et mérite toute notre attention, d'autant qu'elle est peu connue en général et peu remarquée.

Il n'est pas rare que les syphilides tertiaires du pharynx aillent se loger sur un département spécial de cet organe, tout à fait en haut, dans l'*arrière-cavité des fosses nasales*. Là, elles se dérobent aux yeux, deviennent *larvées*. Situées dans un siège aussi profond et aussi peu accessible aux

modos usuels d'exploration, elles sont le plus souvent méconnues, 8 ou 9 fois sur 10 pour le moins.

En certains cas spéciaux, ces lésions s'accompagnent des deux ordres de phénomènes suivants : 1° certains troubles de l'ouïe, bourdonnements d'oreille, la dureté de l'ouïe (cela n'a lieu que dans le cas où l'orifice de la trompe est intéressé par la lésion) ; 2° symptômes de coryza persistant (quand les arrières-narines sont affectées), besoin plus fréquent de se moucher, et expulsion d'une matière purulente jaune, quelquefois striée de sang.

Aussi avis pratique : Alors qu'un malade se disant ou non affecté de syphilis vient vous consulter pour un mal de gorge profond, persistant, sans lésions apparentes à l'examen de la gorge, suspecter une lésion sus-palatine du pharynx et rechercher cette lésion. La rechercher, mais comment ? Ou bien par l'examen rhinoscopique, ou bien, ce qui pourra suffire en bien des cas, par le procédé que voici : en soulevant fortement le voile, de façon à le renverser et à apercevoir la portion rétro-palatine du pharynx. Cette manœuvre est plus facile à exécuter qu'on ne le croirait *à priori*. Le voile du palais, en effet, est certes doué d'une sensibilité très-délicate ; on ne peut le toucher, l'effleurer, sans provoquer des mouvements réflexes. Mais s'il se révolte alors qu'on se contente de l'effleurer, il devient singulièrement docile dès qu'il se sent pris ; il se laisse faire alors, si je puis ainsi parler. Avec une cuiller à café on peut le relever horizontalement ; on peut même le renverser, et de la sorte apercevoir une bonne partie de la paroi postérieure du pharynx. C'est en procédant de la sorte que j'ai pu en maintes occasions, plus de 20 fois déjà pour le moins, découvrir ces ulcères larvés du pharynx, origine de troubles fonctionnels jusqu'alors inexpliqués.

Si j'insiste, messieurs, sur l'importance qu'il y a à décou-

vir ces lésions, c'est qu'elles ont ou peuvent avoir de graves conséquences.

D'abord, méconnues et non traitées, elles peuvent s'étendre, s'irradier aux parties voisines, devenir l'origine de ces vastes et terribles désordres dont nous allons nous occuper dans un instant.

En second lieu, elles peuvent engendrer des troubles de l'ouïe persistants, déterminer une surdité incomplète, voire même complète, en ulcérant, en oblitérant, en détruisant la trompe. J'ai vu déjà 6 exemples de surdité unilatérale ou bilatérale ayant pour origine des ulcérations de ce genre.

En troisième lieu et surtout, ces lésions, en se propageant vers les arrière-narines et la partie postérieure des fosses nasales, peuvent déterminer des nécroses et servir d'origine à cette effroyable affection que je vous décrirai plus tard sous le nom d'ozène tertiaire.

III. *Gommes sous-muqueuses du pharynx.* — Pour la plupart des cas, l'histoire de ces gommes sous-muqueuses se confond avec celle des syphilides gommeuses de la même région.

Le plus souvent en effet les gommes sous-muqueuses sont de petites tumeurs qui, après être restées un certain temps solides et dures, se ramollissent, se crèvent et forment à la surface de la muqueuse des ulcérations absolument identiques avec celles qui résultent des gommes intra-muqueuses. Il nous suffirait donc de mentionner simplement l'existence possible de ces lésions, si nous ne devions à leur propos relever deux faits importants qu'il est essentiel de porter à votre connaissance, en raison de l'intérêt pratique qui s'y rattache.

D'abord, ces gommes sous-muqueuses sont susceptibles d'affecter en certains cas un volume assez considérable et de créer de véritables tumeurs pharyngiennes, lesquelles par le seul fait de leur volume peuvent devenir plus ou

moins importantes et exposent à des erreurs de diagnostic bien regrettables. C'est ainsi qu'on a vu des gommes sous-muqueuses du pharynx prendre le volume d'une demi-noix ; j'en ai observé une qui offrait les dimensions d'un quart de citron. Mais il y a plus. M. le Dr Davasse a relaté un fait des plus curieux, dans lequel une gomme du pharynx présentait le volume d'un œuf de poule. Au pourtour de cette gomme tous les tissus ambiants étaient détruits ; les os voisins eux-mêmes, privés de périoste, étaient rugueux, noirâtres, nécrosés et desséchés.

Un second fait non moins essentiel à noter, c'est qu'en raison de leur voisinage avec le larynx et l'œsophage, ces tumeurs ont pu en quelques cas occasionner des phénomènes de dysphonie et de dysphagie plus ou moins accusés, voire même une compression assez intense pour déterminer des troubles sérieux et menacer la vie. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer le fait suivant.

Un malade comença par être affecté de ce qu'il appelait un mal de gorge. La nature du mal ayant été méconnue, les symptômes s'aggravèrent, et le moment vint où la dysphagie fut extrême ; ce malheureux ne pouvait littéralement plus avaler. A cette dysphagie se joignit bientôt une dyspnée progressive. Après avoir essayé inutilement de cent remèdes, cet homme se souvint qu'il avait eu autrefois la syphilis et me fit demander. Ne trouvant la raison de ces symptômes étranges ni dans l'examen de la gorge, qui était très-saine, ni dans l'état du cou et des parties environnantes, où je ne trouvais aucune tumeur susceptible d'exercer une compression sur le pharynx et l'œsophage, je pratiquai le toucher du pharynx, et très-profondément, tout à fait au niveau de l'orifice glottique, je trouvai une tumeur volumineuse au-devant de la colonne vertébrale, proéminente, du volume d'un quart de citron (autant du moins que j'ai pu l'apprécier). Cette tumeur était dure, évidem-

ment solide, mais commençait à se ramollir. J'administrai l'iodure de potassium, et, quelques jours après, ce malade que j'avais trouvé presque asphyxiant mangeait librement et respirait de même ; quelques semaines après il était complètement guéri.

Quelque graves qu'aient pu vous paraître, messieurs, les affections qui précèdent, nous ne les avons cependant encore étudiées que sous leurs formes les plus bénignes.

D'abord ces lésions, au lieu d'être isolées, se combinent parfois, s'associent à des lésions semblables du voile membraneux et osseux ou des fosses nasales. De plus, il n'est pas très-rare qu'elles affectent dans leur marche et leur évolution une malignité particulière, soit que d'emblée elles prennent une extension rapide que certains auteurs ont pu qualifier sans exagération de « formidable », soit (ce qui est plus fréquent) qu'elles prennent en même temps que le caractère extensif la marche du phagédénisme chronique, rebelle à tous remèdes. C'est ainsi qu'on a vu chez certains malades la gorge et le pharynx être envahis en totalité par des ulcères qui très-rapidement détruisaient la muqueuse, les tissus sous-jacents et les os. C'est ainsi qu'on a vu des lésions de même ordre ravager pendant des mois, pendant des années entières, la bouche, l'isthme du gosier, la gorge, les fosses nasales, le pharynx, s'étendre même au larynx et à l'œsophage, puis finalement aboutir à des délabrements horribles, à des délabrements tels qu'on a pu, non sans raison, comparer ces lésions à celles du lupus cutané et en faire un véritable *lupus des muqueuses*.

Et d'autres fois encore les dégâts sont bien plus considérables, car ce lupus muqueux conduit à ce qu'on peut appeler le *lupus osseux*, dans lequel les os se détruisent comme les téguments. Je me rappelle avoir vu, pendant mon internat chez M. Ricord, un malade qui, consécu-

tivement à un *lupus muqueux*, présentait une destruction de presque tous les os de la face et de quelques os du crâne. Mais rien n'est comparable aux lésions formidables que présentait un malade de Belpech. Cet infortuné, consécutivement à un *lupus* qui avait détruit le palais et transformé la bouche, le nez et le pharynx en une énorme caverne d'une horrible fétidité, fut affecté d'un *lupus osseux* de la face et de la base du crâne. Il perdit les cornets, le vomer, les os carrés, la voûte palatine, le rebord alvéolaire droit, l'apophyse nasale du maxillaire gauche, l'unguis gauche, l'éthmoïde, la région moyenne du coronal, le corps du sphénoïde, l'os malaire droit, et jusqu'à l'angle basilaire de l'occipital. Tous les sens furent successivement anéantis ; les bras, puis les membres inférieurs se paralysèrent ; pendant 5 mois le malade fut réduit à l'état automatique. Enfin, après la chute de l'angle basilaire de l'occipital, tout se répara ; les mouvements, les fonctions des sens, l'intelligence se rétablirent, et le malade guérit provisoirement, mais pour succomber plus tard à de nouveaux accidents encéphaliques.

Ce que doivent être les symptômes qui accompagnent de si effroyables lésions, vous le pressentez déjà, messieurs. Ce sont d'une part les symptômes très-amplifiés des affections que nous avons étudiées précédemment sous leurs formes bénignes ; ce sont de plus des phénomènes de cachexie, inséparables de délabrements aussi monstrueux.

Enfin, pour ne rien omettre dans cette symptomatologie, déjà si chargée, disons encore que ces lésions ont été quelquefois l'occasion d'accidents graves, souvent mortels, tels que les suivants :

1° Ou bien des *hémorrhagies* graves. Deux fois on a vu ces ulcérations profondes déterminer des hémorrhagies de l'artère linguale ;

2° Ou bien des *caries vertébrales*. Ce n'est là qu'un accident très-rare, dont je n'ai pas encore vu d'exemple pour ma part ;

3° Ou bien enfin des *ostéites de la base du crâne* avec réaction sur l'encéphale et les membranes. Les accidents de ce dernier genre ne sont pas très-rares. On a même fait la remarque que les accidents cérébraux qui se manifestent de la sorte à la suite de lésions crâniennes, consécutivement aux lupus de la base du crâne, sont particulièrement graves et fréquemment mortels.

Je n'ai pas à dire si les ulcérations que nous venons d'étudier laissent après elles, alors qu'elles se réparent, des délabrements, des destructions plus ou moins considérables. Mais ce que j'ai à ajouter, et ceci est un nouveau chapitre à l'histoire de ces lésions, c'est qu'elles laissent parfois à leur suite des *cicatrices vicieuses* qui peuvent devenir l'origine de nouveaux troubles, de nouveaux accidents.

De ces cicatrices vicieuses il en est deux surtout, ou, pour mieux dire, il en est de deux ordres que je dois vous signaler :

1° Les unes rares, très-rares même, consistent en ce qu'on peut appeler l'*atrésie de l'isthme guttural*.

Quand et comment se produit cette atrésie ? Lorsque les parties qui constituent l'isthme ont été profondément ulcérées, il arrive quelquefois qu'après s'être cicatrisées elles se rétractent, ou bien qu'en se cicatrisant les lambeaux ulcérés contractent les uns avec les autres des rapports anormaux. Dans l'un et l'autre cas, l'isthme du gosier se trouve rétréci. De plus, constitué partiellement au moins par du tissu cicatriciel, il ne forme plus un sphincter élastique, mo-

bile; tout au contraire il devient un orifice rigide, inflexible, immobile; de là gêne notable de la déglutition.

Dans un cas observé par M. Ricord, l'isthme du gosier était extraordinairement rétréci par l'implantation vicieuse des deux piliers sur la portion médiane de la base de la langue; l'un de ces piliers venait même s'insérer au centre de la langue.

La seconde variété de cicatrices vicieuses est bien autrement fréquente. Celle-ci consiste dans la soudure du voile du palais au pharynx, dans une sorte d'*ankylose palato-pharyngée*. Consécutivement aux lésions ulcéreuses de l'isthme et de la gorge, il arrive parfois que ce qui reste du voile soit partiellement ou en totalité rétracté en arrière vers la paroi latéro-postérieure ou postérieure du pharynx et vienne se fondre, se souder avec cette paroi.

Cette soudure du voile au pharynx peut n'être que partielle; elle peut aussi être complète. Quand la fusion est complète ou presque complète, la cavité du pharynx se trouve divisée en deux étages par une sorte de septum, à savoir: un étage supérieur s'ouvrant en avant dans l'arrière-cavité des fosses nasales, et un étage inférieur répondant en avant à l'orifice postérieur de la bouche. Le plus souvent ces deux étages communiquent ensemble par un orifice médian. Cet orifice peut être assez large pour laisser passer le doigt; quelquefois il est assez étroit pour ne plus admettre qu'une sonde ordinaire; parfois il est réduit à un simple pertuis; enfin il peut ne plus exister du tout.

Que résulte-t-il de ces adhérences vicieuses? Au point de vue de la déglutition, rien ou presque rien, à moins qu'à ce mode vicieux de cicatrisation ne s'en ajoute un autre, l'atrésie de l'isthme. Au point de vue de la phonation, trouble marqué de la voix qui prend le timbre nasillard. Mais troubles graves de la respiration: les malades

ne peuvent plus respirer que par la bouche ; la bouche fermée, ils asphyxient.

Enfin, après guérison, les lésions du pharynx peuvent récidiver soit in situ, soit sur un point du pharynx jusqu'alors respecté.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDE PRATIQUE DE LA SYPHILIS INFANTILE, par
M. J. Violet, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Paris,
Delahaye, 1874.

M. Violet a réuni dans sa thèse inaugurale tous les documents qu'il a pu recueillir durant un an d'internat à l'Antiquaille sur la syphilis infantile. C'est dire que les faits cliniques, les nécropsies, les statistiques, constituent les bases de ce travail, que l'auteur a trop modestement cependant intitulé : *Étude pratique* ; étayées sur une pratique sagace, on y trouve en effet des conceptions théoriques, discutables peut-être, mais originales et ingénieuses.

J'arrive immédiatement aux faits jusqu'ici peu connus sur lesquels M. Violet apporte d'intéressants détails. Et d'abord, au point de vue de l'anatomie pathologique, l'auteur décrit une lésion particulière de l'oreille moyenne. « J'ai pu voir manifestement dans l'oreille moyenne et interne deux fois, et une fois même dans les cellules mastoïdiennes, des gouttes d'un liquide jaune et épais, » que le microscope révéla être du pus, sans lésion toutefois des parties constituantes de l'organe qui le contenait. Dans l'opinion de l'auteur, ce pus proviendrait des parties postérieures de la membrane de Schneider, siège habituel du coryza, et aurait émigré par la trompe d'Eustache jusque dans les profondeurs de l'oreille.

Du reste, pour ce qui concerne la syphilis viscérale,

M. Violet l'a observée très-rarement. « La grande majorité des enfants que j'ai vus, écrit-il, loin de succomber à quelque altération d'organe important à la vie, ont péri sans lésion matérielle appréciable à l'autopsie. » Ainsi le sujet succombe le plus ordinairement à une véritable inanition. Il s'éteint, d'un côté par le fait d'une alimentation insuffisante, de l'autre par l'oxydation exagérée de ses tissus. Comment en effet est nourri le pauvre petit être syphilitique ? Au moyen du biberon ? mode d'alimentation insuffisant au premier chef ! Par l'allaitement maternel ? mais les plaques muqueuses, le coryza, l'angine, créent bien des difficultés à l'allaitement, sans parler des gerçures et des érosions du sein qui sont si fréquentes. « L'enfant se fatigue, et, obéissant à un dégoût instinctif, il ne cherche plus le sein d'une façon suffisante ; ne pas être allaité dans les proportions physiologiques, pour un organisme si fragile et déjà malade, c'est le péril qui commence. Il y a d'abord de l'amaigrissement, le nourrisson brûle ses tissus pour parer aux besoins de la nutrition générale, et si l'allaitement ne reprend le dessus, on voit survenir cette maigreur extrême, ce dessèchement du corps spécial aux syphilitiques. On comprend que dans ces conditions, le moment n'est pas éloigné où les phénomènes de combustion intérieure ne seront plus compatibles avec la vie. » Enfin l'auteur pense que l'altération osseuse si fréquente chez les enfants syphilitiques provient, non pas du fait de la diathèse mais de l'absence de dépôt calcaire, due elle-même à l'insuffisance de l'allaitement.

Nous ne saurions trop recommander la lecture du dernier chapitre de cet intéressant ouvrage. L'auteur y développe avec beaucoup de lucidité les principes dont il faut s'inspirer pour parer à ces milles dangers qui assaillent le petit malade, et c'est chiffres en main qu'il condamne sans merci l'allaitement artificiel au biberon pour lui préférer le

sein de la mère, ou d'un animal domestique auquel on a fréquemment recours aujourd'hui : la chèvre.

Nous nous bornerons à signaler les autres points sur lesquels l'auteur s'est montré prodigue des plus judicieux développements, tels que l'infection de l'enfant au passage (formellement niée à l'aide de faits quasi convaincants) par le lait, par les géniteurs, ensemble ou séparément, etc. De ce dernier passage nous nous permettons de détacher une phrase, bonne à mettre en regard des opinions de M. Adam Owre relatées par nous dans ce même journal. « M. Gailleton, bien disposé à admettre l'influence du père, n'a jamais pu cependant en rencontrer un seul exemple péremptoire ; il a vu plus d'un nouveau-né syphilitique dont le père seul était infecté avant la grossesse, mais en poursuivant ses investigations, il a toujours trouvé que la syphilis avait été communiquée à la mère par le mari à une époque variable de la gestation. » On ne saurait souhaiter plus grande conformité entre les opinions du professeur suédois et celles du chirurgien de l'Antiquaille, opinions d'ailleurs depuis longtemps défendues par MM. Cullerier, Langlebert et Mireur.

Il serait long de donner une idée de toutes les questions soulevées par M. Violet et discutées dans son langage vif, concis et pressant. Nous nous voyons à regret forcé de terminer notre pâle esquisse sans avoir pu présenter à nos lecteurs, et les considérations sur la médecine légale appliquée à la syphilis infantile, et l'histoire de la vérole acquise dans le bas âge, qui ne sont pas les chapitres les moins intéressants de cette excellente monographie.

D^r LOUIS JULLIEN.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA SYPHILIS
OU INFECTION PURULENTE SYPHILITIQUE, par
A. DESPRÈS, un vol. in-8°. Paris, 1873, chez Germer-
Baillière, 17.

Le livre de M. Desprès est une œuvre complète, raisonnée, un édifice dont toutes les parties se correspondent avec une harmonie parfaite. Pour lui, la syphilis rentre, sous tous les rapports, dans le cadre des maladies produites par infection de l'économie. Toutes ces maladies, soit que le poison vienne du dehors, soit que l'individu l'ait sécrété lui-même, offrent, dit-il, une altération commune, intermédiaire entre les deux groupes, l'infection purulente. Toutes aussi ont un même effet, celui de donner lieu d'abord à des éruptions, puis, à un degré plus avancé, à des métastases, c'est-à-dire des lésions sous-cutanées et viscérales causées par des infarctus. L'auteur rend cette analogie plus saisissante en rapprochant, quant à leur évolution, toutes ces affections dans un tableau, où je m'étonne de n'avoir pas vu figurer la diphtérie.

Le nom, les tendances, les convictions, la pratique de M. Desprès sont assez connus pour qu'on devine le motif et le but de ces considérations de haute physiologie pathologique. Si elle ressemble aux affections qui se jugent par des éruptions et guérissent spontanément, la syphilis ne doit ni inspirer plus de préoccupation, ni réclamer un autre traitement. Telle est en effet l'opinion de M. Desprès, et il l'appuie d'abord par un historique complet et dressé avec une méthode parfaite, historique dans lequel on voit percer, prendre corps, et enfin s'imposer la doctrine thérapeutique avec laquelle tous les praticiens comptent aujourd'hui, avec laquelle tous les malades sont heureux

d'avoir à compter, celle qui relègue le mercure au second plan, pour donner le pas à une expectation éclairée, secondée par les diverses ressources de l'hygiène.

Assurément, M. Desprès va plus loin que nul autre dans cette voie, et assurément aussi sa conviction, assise sur une pratique hospitalière de plusieurs années, mérite qu'on étudie avec attention, avec impartialité surtout, les raisons de toute nature qui militent en sa faveur. Ces raisons sont exposées dans le livre que nous annonçons. Mais il contient, en outre, une étude véritablement clinique des diverses modifications que la syphilis reçoit du rhumatisme, de l'herpétisme, de la scrofule, du scorbut, de la tuberculose, de l'adénite, de l'alcoolisme, des climats chauds. Quelque idée qu'on professe sur le fond des doctrines de l'auteur, il faut rendre justice à l'excellent esprit pratique dont il a fait preuve en traitant ces questions ardues qui constituent la source des indications de détail, base de toute thérapeutique rationnelle.

En somme, pour M. Desprès, « le problème à résoudre dans le traitement de la syphilis est de favoriser la réparation des éléments malades du sang et de faciliter l'expulsion des produits altérés provenant du sang, par les voies naturelles ou des voies artificielles, c'est-à-dire les sécrétions des éruptions cutanées ou des abcès... Personne, dit-il, a-t-il jamais essayé de guérir l'infection varioleuse en empêchant l'éruption? » Sur ce point, nous nous permettrons de faire observer que la méthode ectrotique de la variole, appliquée nombre de fois, par Serres et Gariel, avait justement pour but sinon d'empêcher l'éruption, du moins d'en borner la durée; et que cette méthode, dont, par parenthèse, les meilleurs agents étaient des topiques mercuriels, rendait service aux malades, en modérant les congestions cérébrales et la réaction fébrile qui accompagnent une éruption confluente. — De même,

diminuer l'intensité de la syphilis en neutralisant ses manifestations est le genre de service qu'on demande au mercure; et si l'expérience ne prouve pas que ce service soit bien réel, l'analogie du moins ne défendait pas de l'espérer.

Le traitement tel que M. Desprès l'institue consiste dans la régularisation de l'hygiène, dans l'administration méthodique et prolongée des toniques, dans l'emploi des caustiques localement, enfin dans l'usage des médications spécialement dirigées contre les dyscrasies connexes qui peuvent avoir modifié la syphilis. — Il y a beaucoup à prendre dans ces conseils; quelque parti qu'on prenne au sujet du mercure, ces moyens sont le suppléant ou tout au moins l'auxiliaire du prétendu spécifique.

P. DIDAY.

REVUE DES JOURNAUX

Les dernières publications du Dr Francesco PARONA chirurgien en chef de l'hôpital de Novare.

Par le Dr Louis JULLIEN, chef de clinique chirurgicale à l'École de Lyon.

- I. — Varice de la veine dorsale de la verge -- érection impossible, guérison par l'injection intraveineuse de chloral.
- II. — Observation clinique et anatomo-pathologique d'un angiôme du gland.
- III. — Spasme du col vésical et de la partie membraneuse de l'urèthre, guérison par cystotomie.
- IV. — Note sur l'emploi de l'iodoforme dans les rhagades anales.
- V. — Note sur l'emploi du chloral dans la blennorrhagie.

I. — Un jeune homme de 18 ans, de tempérament lymphatique, adonné depuis assez longtemps à la masturbation, s'aperçoit un jour, se trouvant pour la première fois auprès d'une femme, que le défaut d'érection l'empêche absolument d'accomplir l'acte vénérien. Plein de tristesse, il revient à ses premières habitudes. Au bout de trois ans, nouvelle tentative couronnée, quoique incomplète, de quelque succès... Il contracte une blennorrhagie.

Il consulte un médecin: la sécrétion spermatique se fait naturellement, l'ardeur vénérienne ne fait pas défaut, tous les organes paraissent normaux; cependant l'érection est des plus incomplètes, surtout au niveau du gland dont la sensibilité paraît nulle. On croit à une lésion nerveuse, un traitement hydrothérapique est institué et suivi sans succès, avec une énergie désespérée.

Le malade s'adresse enfin à M. Parona. Un examen fort approfondi ne lui fait découvrir d'autre lésion qu'une va-

rice considérable de la veine dorsale, qui présente un volume double du volume normal. Le chirurgien n'hésite pas à rattacher à cette disposition l'infirmité de son client, et lui propose une opération que ce dernier accepte avec empressement. Quelques jours après il injecte dans la veine variqueuse 50 centigrammes d'un mélange, à parties égales, d'eau et d'hydrate de chloral. Les suites sont des plus simples ; deux jours s'écoulent à peine que l'opéré, tout joyeux, fait à M. Parona le récit d'une érection régulière et persistante qui l'a surpris durant son sommeil. La veine donne la sensation d'un petit cordon. Au cinquième jour la guérison est complète..., à l'épreuve du coït, comme il fut démontré ultérieurement.

L'auteur insiste, avec beaucoup de raison, sur les détails intéressants de cette observation.

Il est facile de se rendre compte de l'obstacle qu'un trop large débouché veineux apportait à l'érection, quelle que fût l'énergie des artères, dont les efforts infructueux font songer involontairement aux tribulations des Danaïdes. Le gonflement du gland ne se produisant pas ; cet organe restant dépourvu de cette précieuse sensibilité qui exerce une influence si puissante, par action réflexe, sur les contractions du bulbo-caverneux, nécessaires, elles aussi, pour parfaire la turgescence : voilà, certes, plus d'une bonne raison pour interpréter physiologiquement la désespérante flaccidité qui contristait si cruellement ce jeune malade.

Enfin, il n'est pas jusqu'au moyen de guérison mis en usage par le praticien de Novare qui ne mérite considération. C'est un éminent chirurgien, M. le professeur Porta, qui a le premier proposé l'hydrate de chloral en injections intra-veineuses pour la cure des varices ; le succès a répondu à ses prévisions. M. Parona a eu plusieurs fois l'occasion de l'employer, et s'en loue sans restriction ; les

avantages qu'il reconnaît surtout à ce procédé sont : la simplicité, la célérité et la stabilité de la guérison.

II. — Dans les premiers jours d'avril 1871, on présentait au D^r Parona un enfant âgé de 8 ans, robuste et bien constitué, porteur d'une tumeur du gland. Dès sa naissance, les parents avaient été frappés du volume de l'organe ; plus tard, des filaments sanguins étant expulsés avec les premières gouttes d'urine, et la partie voisine du frein commençant à former une sorte de proéminence, ils consultent divers chirurgiens.

M. Larghi de Verceil déclare la tumeur de nature sanguine, et propose l'amputation du gland, qui est repoussée par les parents. Plus tard, M. Bottini croit à la présence d'un calcul fiché dans le gland, et pratique un débridement qui ne donne issue qu'à une quantité considérable de sang. L'accroissement de la tumeur continue. Au moment où M. Parona est appelé à donner des soins au petit malade, la tumeur, qui a envahi tout le pourtour du méat, présente les caractères très-tranchés d'une tumeur sanguine ; l'intervention paraît urgente, et les parents l'acceptent.

Assisté des D^{rs} Grazionetti et Montalenti, M. Parona pratique l'excision partielle du gland, et panse à plat au perchlorure de fer. Quelques jours après l'opération, l'organe est envahi par une tuméfaction érysipélateuse, qui ne disparaît qu'au bout d'un mois ; enfin, la cicatrice se recouvre de petits boutons rouges de la grosseur d'une tête d'épingle qui, malgré la cautérisation, pullulent et se multiplient avec une rapidité inouïe. Si bien que, vers la fin de 1871, le professeur Bruno, de Turin, se prononce catégoriquement pour la pénotomie.

On temporise jusqu'en mars 1872, époque à laquelle la fréquence des hématuries, les difficultés et les irrégularités de la miction, l'envahissement de plus en plus complet du

gland, commandent une seconde fois l'opération ; voici quel était l'état des parties : d'autant plus volumineuse qu'on la considérait plus près de son extrémité, la verge mesurait 6 centimètres de longueur ; le prépuce, rejeté derrière le gland, présentait, comme le fourreau, une teinte rouge assez prononcée ; de grosses veines se voyaient entre la muqueuse et la peau du prépuce ; au niveau du frein plusieurs renflements de consistance charnue, ressemblant à des pelotons veineux, de couleur bleuâtre. La muqueuse, qui recouvrait la tumeur amincie vers la périphérie, paraissait autour de l'orifice urétral épaissie et calleuse ; en écartant les lèvres du méat, on pouvait voir la muqueuse interne rouge et couverte de granulations rappelant celles du trachôme. Le cathétérisme était aisé, mais provoquait un écoulement sanguin ; le gland présentait çà et là des taches rouges, que l'on faisait pâlir par la pression, et qui se fondaient quand on étranglait la racine de l'organe. Pas de frémissement, pas de pulsation, mais un gonflement général quand la station debout se prolongeait. Près de leur extrémité inférieure, un développement exagéré des corps caverneux permet de supposer qu'ils ne sont pas indurés.

L'opération fut pratiquée par un procédé hybride, sorte de compromis entre la méthode de Rizzoli et celle de Chassaignac, fort analogue, du reste, à celui que communiqua Bourguet, d'Aix, à la Société de chirurgie, en 1867. Section du canal en bec de flûte par l'instrument tranchant ; section des corps caverneux par l'écraseur linéaire ; réunion de la peau à la muqueuse par trois points de suture ; sonde à demeure ; cicatrisation par première intention ; guérison rapide, à peine troublée par un rétrécissement du méat, dont l'auteur triompha aisément au moyen d'une petite canule en argent (longueur 2 centimètres, calibre 3 millim.).

Par la dissection de la tumeur on trouve les corps ca-

verneux fort développés mais non altérés; le parenchyme du gland paraît en plusieurs points raréfié et comme spongieux; la muqueuse du canal est dans toute son étendue couverte de granulations rouges, les plus volumineuses de la grosseur d'un grain de mil.

L'examen histologique montre au milieu d'un cloisonnement à stroma fibreux parsemé d'éléments cellulaires, une grande quantité de capillaires dilatés à parois très-accentuées, riches en nucléoles, et pour la plupart gorgés de globules sanguins. Dans les points où l'altération est le plus avancée, le tissu fibreux est plus rare ou manque complètement, les vaisseaux s'accolent et se confondent, en formant des espaces irréguliers pleins de sang; les couches de la muqueuse sont en certains points épaissies, en d'autres envahies par les lacunes vasculaires, qui arrivent à proéminer à l'extérieur.

A tous ces caractères, MM. Bizzozero et Gelgi ont cru reconnaître un angiôme. Cet angiôme est-il simple ou caverneux? L'auteur est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'établir une pareille distinction, l'angiôme caverneux étant le résultat de la dilatation successive et de la transformation en espaces caverneux des vaisseaux de nouvelle genèse. Malgré des recherches bibliographiques très-étendues, il n'a pu trouver dans les auteurs aucune description d'une affection absolument semblable; les seuls faits qu'il croit pouvoir en rapprocher sont un cas de nævus du gland appartenant à Erichen et qui nécessita l'ablation de l'organe, et un autre de varices du même organe publié par Rizet. Parmi les 151 cas de tumeurs sanguines rapportés par le professeur Porta dans son grand ouvrage sur l'angiectasie, 5 concernent les organes génitaux, mais aucune de ces tumeurs n'est notée comme ayant son siège sur le gland. Tel est aussi le résultat de la pratique du professeur Sangalli, qui affirmait à l'auteur n'avoir jamais rencontré pa-

reille tumeur, ni dans les salles d'hôpital, ni dans les amphithéâtres d'anatomie pathologique, ni même dans aucun des nombreux musées, tant italiens qu'étrangers, qu'il a pu visiter.

III. — Dans le dernier numéro de ce journal, nous avons relaté, d'après M. Grazianetti, une observation de ténésme vésical guéri par M. Bottini, au moyen de l'incision sous-cutanée du col de la vessie. M. Parona, qui assistait le professeur dans cette opération, nous apprend que le malade ne demeura pas longtemps exempt de récurrence. Aussi, se trouvant peu de temps après en présence d'un cas semblable, M. Parona résolut-il de recourir à un traitement plus énergique ; voici dans quelles circonstances il eut l'occasion de l'appliquer.

En juillet 1873, il est consulté par Pietro Barzé, jeune homme fort et de belle constitution, âgé de 22 ans, qui, depuis l'âge de 15 ans, souffrait des suites d'une blennorrhagie. Fort dissolu dans ses mœurs, et négligent de son hygiène, Barzé s'adonnait à des excès de toute sorte (alcooliques, vénériens, voire chorégraphiques).

Son affection s'aggrava, et dès la fin de 1871 il dut interrompre tout travail. A son entrée, quelques mois plus tard dans les salles de l'hôpital de Novare, M. Parona constatait la plupart des symptômes qu'il avait observés dans le cas de Grazianetti (absence d'écoulements, impatience de la vessie, sensation de contracture très-désagréable au périnée durant la miction ; jet irrégulier, saccadé, grêle, urines normales sans parasites, cathétérisme facile dans la plus grande partie du canal, possible dans la région du col en fatiguant la résistance, vessie saine). Le chirurgien s'arrêta par exclusion au diagnostic suivant : *spasme ou ténésme de la portion musculaire de l'urèthre et du col de la vessie*. On crut devoir essayer d'abord les

antispasmodiques (bromure de potassium jusqu'à 8 grammes par jour, onctions belladonnées sur le périnée, chloral, morphine), puis la dilatation forcée du col ; ce fut sans succès.

« Il ne me restait plus alors, écrit M. Parona, qu'à choisir entre la section intra-urétrale du col vésical ou la cystotomie ; ce fut à cette dernière que je m'arrêtai pour les raisons suivantes :

« 1° En incisant le col avec l'instrument de Mercier, on court le risque, tout en pratiquant une opération grave, de ne sectionner qu'une faible partie des fibres musculaires, et de n'obtenir qu'un résultat éphémère, comme le démontre le cas de Grazianetti ;

« 2° Cette opération expose le patient aux dangers de l'hémorrhagie, de l'accumulation du sang dans la vessie, de l'infiltration de l'urine dans la plaie, et son absorption pouvant amener les plus redoutables complications ;

« 3° Il est difficile, avec l'instrument de Mercier, de diviser la partie membraneuse de l'urèthre, laquelle participe à l'altération du col, et exige, selon moi, le même traitement ;

« 4° Dans l'histoire de la chirurgie, on trouve plusieurs faits de cystotomie suivis de guérison solide et stable. Miche-Ange Aasson rapporte l'observation d'une femme qui souffrait d'une névropathie vésicale prise pour une affection calculeuse et qui fut guérie par la cystotomie.... Roux raconte de même qu'ayant pratiqué l'opération de la taille à un de ses confrères, chez lequel il ne put trouver de calcul, il le vit en très-peu de temps délivré de tous les symptômes qui avaient fait croire à la présence d'une pierre... Le recueil chirurgical du célèbre Medoro, chirurgien de Padoue, nous offre un exemple semblable du plus haut intérêt pratique. Il

« s'agit d'un jeune homme malade depuis longtemps, chez
« lequel des explorations multipliées n'avaient pu faire
« reconnaître la lithiase, quoiqu'il en présentât tous les
« symptômes.... On fit part au malade, « avec franchise et
« ingénuité », de l'incertitude où l'on était; on lui dit qu'il
« n'y avait d'autre moyen de le guérir que de pratiquer la
« cystotomie, sans avoir l'assurance de rencontrer un cal-
« cul : ces prévisions étaient justes. L'opération fut prati-
« quée; les suites en furent très-simples : dès le septième
« jour l'urine avait cessé de s'écouler par la plaie; l'opéré
« se remit rapidement et resta depuis complètement
« guéri.... Pareils faits sont relatés par Borsieri, Dome-
« nico Ucelli, Velpeau et enfin Dolbeau, qui, dans ses
« *leçons de clinique chirurgicale*, n'hésite pas à conseil-
« ler ce traitement pour les affections spasmodiques du
« col vésical, en se fondant sur les heureux effets
« que donne l'incision dans les affections de même nature
« du sphincter rectal. »

Convaincu par ces faits, M. Parona se prononce pour la cystotomie. Le 24 octobre l'opération est pratiquée (division médiane des tissus sur le raphé, dans une étendue de 4 centimètres, en ayant soin d'éviter le bulbe; incision de la paroi inférieure de l'urèthre; introduction du cystotome de Dupuytren comme pour la taille, large débridement du col. Pansement).

La guérison se fit assez rapidement, malgré quelques péripéties suscitées par le caractère impatient et l'irritation nerveuse de l'opéré (on dut, le jour même de l'opération, lui administrer 4 grammes de chloral et une injection morphinée). Le 25 octobre, tuméfaction des lèvres de la plaie, pouls à 110, pilules de quinine. Le 26, température 40, pouls 120, injection hypodermique de quinine. Le 27, la température est revenue à 38,5 le matin, 39 le soir. Le 4 novembre, l'urine reprend son trajet par l'urèthre,

Un mois après, la plaie est entièrement cicatrisée; Barzé est délivré de toutes ses souffrances.

M. Parona termine son mémoire par les conclusions suivantes relatives à la conduite à tenir en pareille occurrence :

1° Les moyens palliatifs, que l'on doit toujours essayer, sont dans bon nombre de cas absolument inefficaces ;

2° Le traitement le plus sûr est l'incision du col de la vessie ;

3° La cystotomie doit être préférée à la section intra-urétrale.

IV. — C'est M. Ernest Besnier qui le premier appliqua l'iodoforme au traitement topique des chancres. MM. Aran, d'Amico, Bazzi, Petiteau, Guenhalgh, Ferréol, Lallier, Niezhowsky en généralisèrent l'emploi pour la cure des ulcérations syphilitiques et scrofuleuses; enfin les trois derniers de ces auteurs en ont spécialement recommandé l'usage contre les fissures à l'anus, « car il a le double « avantage, dit M. Ferréol, de calmer ces douleurs si vives de la défécation et de cicatriser l'ulcère. » Guenhalgh lui attribue une action altérante et désinfectante.

M. Parona, qui a expérimenté ce médicament dans un très-grand nombre de cas, confirme pleinement ces observations ; c'est surtout dans le traitement des rhagades que cette action lui a paru merveilleusement rapide et sûre. Après avoir hésité quelque temps sur le mode de son emploi, dans ce cas particulier, et rejeté tour à tour la poudre cristalline, ou son adjonction à un suppositoire, il donne aujourd'hui la préférence à la pommade au tiers qu'il porte et maintient au contact des points ulcérés, au moyen d'une mèche de charpie renouvelée deux ou trois fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, l'action irritante des matières fécales est neutralisée, les douleurs

(ces douleurs si redoutables qui accompagnent leur expulsion) disparaissent, le spasme réflexe se calme, et la cicatrisation s'opère en très-peu de temps. Plusieurs observations fort démonstratives sont jointes à ce mémoire.

V. — Encore une application du chloral !

Depuis la publication, en 1870, d'un travail de M. Parona, l'hydrate de chloral a pris rang en Italie parmi les antiblennorrhagiques les plus souvent prescrits ; la solution de chloral est régulièrement inscrite au formulaire des Gamberini, Porta, Cialtaglia... Dans une courte note, suivie de quelques observations typiques, M. Parona, fort d'une expérience de trois ans, vient corroborer ses premières affirmations. Très-efficace, surtout dans les blennorrhagies douloureuses, et celles qui s'accompagnent d'incurvation de la verge, c'est en solution à un sur cent, ou bien un et demi sur cent, qu'il conseille de l'employer. Des doses plus élevées se supportent difficilement, et entraînent une trop vive irritation. Les injections doivent être renouvelées deux ou trois fois par jour.

ENDOMÉTRITE PLACENTAIRE GOMMEUSE. (D^r KRONID SLAVJANSKI, de Saint-Pétersbourg.)

Pendant mon séjour à la clinique d'accouchements de Prague, durant l'été de 1870, écrit M. Slavjanski, que nous traduisons textuellement, j'eus l'occasion, grâce à la bienveillance du D^r L. Kleinwachter, assistant et alors professeur suppléant à la première clinique d'obstétrique, d'observer un cas d'altération syphilitique du placenta qui mérite d'être publié, à cause de sa rareté et de son intérêt scientifique.

« T. N..., âgée de 20 ans, entre à la maison d'accouche-

ments le 3 août 1870. Une année auparavant elle était accouchée d'un enfant à terme vivant. Elle faisait remonter sa dernière époque menstruelle au 15 janvier; depuis deux mois, elle ne sentait plus remuer son enfant; les premières douleurs s'étaient fait sentir le 2 août 1870, à 9 heures du matin. A son entrée, on trouva le ventre peu développé; on n'entendait pas le bruit du cœur fœtal, le col utérin était complètement effacé, la poche des eaux tendue, et à travers cette poche on sentait une portion du crâne avec de petites parties fœtales. On ouvrit la poche des eaux et le fœtus vint par la face en première position, une heure après l'entrée de la mère dans l'établissement, et vingt-quatre heures après le commencement des douleurs; l'accouchement se fit sans difficulté. L'assistant eut de la peine à faire la délivrance; le fœtus, du sexe féminin, était mort et en décomposition; il pesait sans le délivre $1\frac{1}{2}$ livre en poids d'Autriche. La mère présentait sur les grandes lèvres et autour de l'anus de nombreux et larges condylomes. Cette affection syphilitique datait de trois mois, d'après le dire de la malade.

Le fœtus, long de seize centimètres, ne présentait aucune altération qui pût faire expliquer la mort par quelque affection organique. Le cordon avait une longueur normale et n'offrait pas de torsion. Le placenta, qui mesurait onze centimètres de diamètre sur une épaisseur de vingt-cinq millimètres, était d'ailleurs bien conservé, de couleur rouge pâle; les membranes ne présentaient rien d'anormal. Le placenta maternel était épaissi par places et ressemblait dans son ensemble à une membrane homogène, légèrement opaque; on ne pouvait le séparer du placenta fœtal qu'avec difficulté, et en certains points même cette séparation était tout à fait impossible; c'est entre les cotylédons de ce dernier que les épaississements étaient le plus prononcés. Ils se présentaient là à la coupe sous l'aspect de

nodosités s'enfonçant comme des coins dans le placenta fœtal; la surface de section de ces nodosités présentait deux couches distinctes, une couche extérieure périphérique, légèrement fibreuse, compacte, grise, et une portion centrale, plus molle, jaune, ayant par places le caractère d'une masse caséuse; au milieu de la couche grise périphérique se trouvaient également des points jaunes isolés et peu nombreux. Les limites n'étaient pas très-nettes entre ces portions jaunes centrales et le tissu qui les entourait; les nodosités ne se distinguaient pas non plus du tissu du placenta fœtal par des limites bien tranchées; mais on remarquait de nombreux prolongements de la couche grise périphérique s'enfonçant dans ce placenta, lesquelles en se ramifiant et s'anastomosant formaient un réseau, entre les mailles duquel le tissu spongieux du placenta fœtal était logé. On trouvait un réseau semblable, seulement moins développé, dans les autres points du placenta maternel qui présentaient de simples épaissements sans nodosités; les plus fortes ramifications de ce demi-réseau ne pouvaient être poursuivies que jusqu'au tiers moyen de l'épaisseur du gâteau placentaire.

Examen microscopique. — Les villosités du placenta fœtal sont en certains points en dégénérescence graisseuse peu avancée, ailleurs en bon état; leurs vaisseaux sont remplis de globules sanguins peu nombreux. Le placenta maternel ne présente rien à noter aux endroits non épaissis; les éléments sont en bon état; nulle part trace de métamorphose régressive. Les points épaissis qui n'ont pas forme de nodosités se présentent dans l'état suivant: la couche supérieure se compose de grandes cellules (cellules de la caduque intermédiaire) à plusieurs noyaux en nombre normal; immédiatement au-dessous de cette couche s'en trouve une seconde, qui se compose de grosses

cellules en partie fusiformes, en partie ovales ou rondes, logées dans une substance intercellulaire grossièrement fibreuse ; dans beaucoup de ces cellules on aperçoit distinctement le noyau, qui dans quelques-unes a forme de biscuit, dans d'autres est dédoublé ; l'acide acétique fait disparaître la substance intercellulaire, et les noyaux apparaissent plus distinctement. Le même tissu se poursuit sous forme de prolongements jusque dans le placenta fœtal, où il constitue le réseau ci-dessus décrit. Dans les mailles les plus larges de ce réseau, les villosités sont assez libres et sont restées inaltérées ; dans les plus étroites, dans celles qui se rapprochent davantage du placenta maternel, les villosités sont pressées les unes contre les autres, leur épithélium est trouble, et les noyaux de cet épithélium sont invisibles ; dans les mailles, qui sont étroitement pressées par le tissu placentaire proliféré, et qui ne contiennent qu'une villosité, l'épithélium de cette villosité a complètement disparu, ce n'est que par places qu'on en trouve des vestiges, sous forme d'une masse finement granulée. Le tissu des villosités est immédiatement contigu au tissu du placenta maternel ; par places, le premier est encore en bon état, mais ailleurs ses cellules présentent une masse finement granulée. La couche grise périphérique des nodosités présente la même structure que les points épaissis du placenta maternel, c'est-à-dire un tissu conjonctif grossièrement fibreux, contenant des cellules rondes et fusiformes assez nombreuses. Les prolongements de cette couche qui pénètrent dans le placenta fœtal ont la même structure. Le centre jaune des nodosités et les points jaunes se composent presque exclusivement de détritits ; ce n'est que par places qu'on trouve des vestiges des fibres et des cellules. Entre la couche grise et le centre jaune se trouvent de nombreuses cellules de formes variées, parmi lesquelles cependant prévalent les

cellules rondes. Entre ces cellules on aperçoit une quantité insignifiante de substance intercellulaire finement fibreuse, que l'acide acétique fait disparaître. Les cellules susnommées proviennent de la couche grise; en approchant du centre les cellules deviennent graduellement de plus en plus troubles, granuleuses et se transforment en détritits. »

A quelle circonstance doit-on attribuer dans ce cas la mort du fœtus? Nous l'avons vu, ni l'enfant, ni le cordon, ni les membranes ne présentaient d'altérations qui puissent expliquer la mort; le placenta maternel seul paraissait malade. Le gâteau placentaire était le siège d'une prolifération conjonctive, qui avait son point de départ dans le placenta maternel: processus analogue à une des formes de ce qu'on appelle la placentite interstitielle; dans l'une de ces formes la prolifération est diffuse, dans l'autre elle se circonscrit en certains foyers et se présente sous forme de nodosités formées exclusivement de tissu conjonctif. Ces deux espèces de placentite ne sont pas rares; leur étiologie est complètement inconnue; toutes deux se rencontrent chez les syphilitiques aussi bien que sur les individus sains; la forme en foyers a été observée plusieurs fois par Mayer chez les syphilitiques. L'épaississement étendu du placenta maternel et la prolifération diffuse du tissu conjonctif dans le gâteau placentaire offrent des conditions suffisantes pour expliquer la mort de l'enfant et l'avortement, d'après les observations de Mayer. Notre cas, ne présente, il est vrai que des épaississements circonscrits du placenta maternel, mais en quantité assez considérable pour que la surface qu'ils occupaient fût en somme assez étendue; d'ailleurs il faut tenir compte de ce fait, que la prolifération conjonctive pénétrait dans la profondeur du placenta fœtal, et qu'une grande partie des villosités était déjà flétrie et incapable de fonctionner; de semblables altérations doivent entraver la circulation

assez pour causer la mort du fœtus et l'avortement.

A côté de la prolifération conjonctive nous voyons dans notre cas le développement de tumeurs pénétrant comme des coins dans le placenta fœtal, lesquelles, d'après l'examen microscopique, consistaient principalement en tissu de granulations avec des foyers nécrobiotiques centraux, sortes de tumeurs connues sous le nom de gommès. — Les commémoratifs et l'état de la malade assurent complètement l'exactitude du diagnostic. — Le diagnostic différentiel ne pourrait être posé ici qu'entre la gomme et le tubercule. Mais l'absence de petites granulations miliaires à la périphérie des nodosités, et au microscope l'absence de tissu lymphatique, tout cela n'est pas en faveur du tubercule.

Nous ne trouvons dans la littérature médicale qu'un cas décrit par Virchow d'une semblable altération placentaire. Comme dans notre cas l'altération est localisée au placenta maternel et on y trouve, à côté des tumeurs gommeuses, une grande prolifération conjonctive, tandis que le placenta fœtal n'a pris part au processus pathologique que d'une façon passive ; nous devons ranger cette altération dans l'endométrite syphilitique de Virchow.

D^r Ch. SCHWARTZ.

LEÇON CLINIQUE SUR LE SYCOSIS PARASITAIRE, par le D^r TILBURY FOX, de University College Hospital, Londres.

Le sycosis parasitaire est très-rare en Angleterre. Aussi le D^r Fox a-t-il saisi avec empressement l'occasion qui s'offrait à lui de faire une leçon clinique sur un cas de sycosis parasitaire en observation dans son service. Le porteur de cette affection présente un sycosis de la lèvre supérieure droite et du menton ; mais de plus, et c'est cette

particularité qui fait l'intérêt du cas en question, il a en même temps sur l'avant-bras gauche une plaque érythémateuse circonscrite de la dimension d'un pois, couverte de squames très-fines, et sur la partie postérieure de l'avant-bras droit, juste au-dessus du poignet, deux plaques de même nature, plus larges : dans les squames de ces plaques on trouve d'abondants filaments de mycélium.

D'après le Dr Fox, le sycosis parasitaire se distingue du non parasitaire par les traits suivants : dans l'affection parasitaire, peu de suppuration, peu de croûtes. Les poils sont secs, épaissis et ternes ; ils se détachent avec la plus grande facilité, sans douleur. Dans le sycosis simple l'arrachement des poils est fort douloureux ; ils viennent avec leur racine entière, baignés par du pus ; les follicules saignent souvent. (*The Lancet.*)

Dr Charles SCHWARTZ.

LES ÉCOULEMENTS URÉTHRAUX SYPHILITIQUES, par Henry LEE.
(*Saint-George's hospital Reports.*)

L'auteur pense qu'il y a des écoulements uréthraux de nature syphilitique, lesquels peuvent être primitifs ou secondaires.

Voici comment il décrit ces écoulements :

1. Un sujet, *quelques jours* après s'être exposé, voit se produire un écoulement uréthral grisâtre, assez épais, assez semblable à de l'arrow-root dilué dans de l'eau ; peu ou point de douleur pendant la miction, peu ou point de tuméfaction de l'orifice du canal. — Après quelques jours la muqueuse du gland ou du prépuce devient sur quelques points le siège d'une inflammation adhésive, qui laisse après elle un peu d'induration. Les ganglions inguinaux se prennent. Quelques semaines plus tard, symptômes de syphilis constitutionnelle.

2. Un syphilitique se marie, l'excitation sexuelle détermine un léger écoulement de l'urèthre, accompagné ou non d'exulcération de la muqueuse; cet écoulement est contagieux et peut donner la syphilis.

Hunter avait donc raison de penser qu'un écoulement uréthral pouvait donner la vérole, bien qu'il eût tort de croire que la blennorrhagie vulgaire fût de nature syphilitique.

Nous ne ferons suivre l'analyse des opinions de l'auteur d'aucune réflexion; le lecteur les a sans doute déjà jugées.

D^r Charles SCHWARTZ.

OBSERVATION DE SYPHILIS CÉRÉBRALE SECONDAIRE, par le
D^r GAY DE KASAN.

Je traduis textuellement cette observation:

« Anna C., mariée à un soldat, âgée de 21 ans, entra à l'hôpital le 29 septembre 1868. Elle avait eu un an auparavant une ulcération vulvaire, qui guérit rapidement, mais sur laquelle elle ne peut donner de renseignements. Deux mois plus tard survint une éruption cutanée, qui disparut sans traitement. Il y a un mois et demi elle eut une seconde éruption, différente de la précédente; en même temps elle commença à ressentir des bourdonnements d'oreille.

« À l'examen des organes génitaux on ne trouva pas trace de l'ulcération, le tronc et les extrémités étaient le siège d'un exanthème papuleux plus confluent sur les jambes que sur les bras; les ganglions du cou, des aisselles de l'aîne étaient fortement gonflés et indurés, la muqueuse gutturale injectée, et on remarquait sur la partie postérieure une surface ulcérée présentant un fond de couleur sale. La malade se plaignait de douleurs de tête, de bourdonnements d'oreille; on lui ordonna du sublimé en pilules (1/10 de grain par jour).

« 19 octobre. La dose du sublimé est portée à 1/5 de grain.

« 23 octobre. Céphalalgie plus vive; 15 grains d'iodure de potassium par jour.

« 2 novembre. L'iodure de potassium et le sublimé sont supprimés à cause des douleurs abdominales.

« 6 novembre. Céphalalgie plus vive encore.

« 29 novembre. La malade se plaint de souffrir surtout dans la moitié droite de la tête.

« 1^{er} décembre. On supprime l'iodure et le sublimé, et on fait des frictions avec l'onguent mercuriel.

« 5 décembre. La céphalée persiste. Insomnie.

« 7 décembre. Dans la matinée, la malade perd tout d'un coup la parole; il se manifeste de la parésie dans les extrémités, la moitié gauche du corps et le nerf facial gauche. La sensibilité des parties paralysées reste normale. Pendant le développement de tous ces symptômes, la malade ne perd pas la conscience d'elle-même. Les frictions sont continuées.

« 8 décembre. La parole revient lentement; la prononciation des mots reste pourtant confuse; la malade répond intelligemment à toutes les questions, mais seulement après un certain temps.

« 10 décembre. La céphalée diminue.

« 30 décembre. La malade perd subitement connaissance; la conscience revient au bout de deux heures, mais non la parole. La paralysie subsiste au même degré.

« 11 janvier 1869. La céphalée diminue considérablement; la parésie des extrémités a disparu, celle du nerf facial est encore un peu perceptible; les extrémités ne gardent plus qu'une légère faiblesse qui permet pourtant à la malade de se frictionner elle-même.

« 12 janvier. La céphalée a complètement cessé.

« 17 mars. Tous les symptômes se sont évanouis peu à peu, et la malade quitte l'hôpital. »

Cette observation vient à l'appui de ce que M. Fournier a écrit sur *l'hémiplégie secondaire* (Voir Leçons sur la syphilis, page 808.) (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis.*)

D^r Charles SCHWARTZ.

DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR LE GLYCÉROLÉ DE
TANNIN, par LE D^r Adolf STERN.

Voici la formule de ce glycérolé :

Tannin,	30 grammes
Opium,	15 à 20 centigr.
Glycérine,	40 gouttes.

C'est au moyen d'une sonde qu'on porte ce glycérolé dans l'urèthre ; l'opération doit être faite une fois par jour. Dans les cas aigus, on laisse la sonde 2 à 3 minutes d'abord, puis au bout de quelques jours on arrive à la maintenir un quart d'heure dans le canal ; dans les cas chroniques, on commence par l'y laisser 8 à 10 minutes.

La guérison n'arrive qu'au bout de 5 semaines, en moyenne, jamais avant 4 semaines. Par conséquent, cette méthode, beaucoup plus difficile à appliquer que la méthode des injections, ne donne pas de meilleurs résultats. (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis.*) D^r Ch. SCHWARTZ.

DES DERMATOSES SYMPTOMATIQUES DU RHUMATISME ET DE LA
GOUTTE, par le prof. Giuseppe PROFETA.

Dans cette remarquable leçon clinique, le professeur Profeta aborde une des questions les plus graves de la dermatologie, la question de l'arthritisme, qui a soulevé dans notre pays de si ardentes discussions. C'est à tort, selon lui, qu'on a mis à discuter ces théories tant de violence et tant de passion. Pourquoi voir partout, comme Bazin, l'arthritisme ? Mais aussi de quel droit vient-on dire :

« L'arthritisme n'existe que dans l'esprit exalté de Bazin, *ove fecero esplozione un bel mattino!* »

Sans doute, c'est une regrettable tendance que de vouloir rapporter à une cause interne toutes les éruptions; néanmoins, il est incontestable que, sous l'influence de la goutte et du rhumatisme, il se produit des lésions cutanées toutes particulières, qui ont leurs symptômes à part; c'est sur ce groupe bien défini que le professeur de Palerme vient appeler l'attention. Car on peut, d'après lui, diagnostiquer presque à coup sûr la nature de ces éruptions, en l'absence même de tout antécédent rhumatismal. Mais ce n'est pas à l'aide d'un seul caractère, d'un symptôme unique que l'on arrive ainsi à diagnostiquer un rhumatisme ou une diathèse goutteuse à la seule inspection de la peau; c'est à l'aide d'un ensemble de signes plus ou moins importants, qui tous isolément peuvent faire défaut et qui n'ont de valeur que par leur coexistence sur un même sujet. Ces symptômes sont les suivants :

« 1° Les arthritides siègent tantôt sur les régions découvertes, tantôt sur celles qui sont riches en glandes sudoripares et en follicules pileux, tantôt sur la peau qui recouvre les articulations. Elles sont toujours circonscrites, et si par hasard elles s'étendent, on ne les voit jamais se généraliser.

« 2° Jamais elles n'apparaissent tout d'un coup, elles naissent toujours par poussées successives.

« 3° Les arthritides sont asymétriques, en ce sens qu'elles n'affectent jamais deux régions correspondantes, et quand on les observe des deux côtés du corps, leur abondance, leur distribution ne sont pas les mêmes.

« 4° Ces éruptions apparaissent par groupes qui ne s'étendent pas, qui n'occupent jamais que des surfaces peu considérables.

« 5° La peau malade a en général une couleur d'un rouge-vineux ou framboisé, et souvent l'on voit de petites taches hémorrhagiques au milieu des éruptions. »

« 6° Ce sont des éruptions polymorphes. »

« 7° Ce sont des éruptions essentiellement sèches, qui n'ont aucune tendance à la suppuration, aucune tendance à sécréter de la sérosité. »

« 8° La douleur n'est pas franchement prurigineuse. Elle est plutôt lancinante, brûlante: c'est en quelque sorte une sensation de pincement. »

« 9° Les premières poussées durent assez longtemps. Mais à mesure qu'elles se répètent, elles disparaissent plus rapidement, et finissent par ne plus avoir qu'une durée tout à fait éphémère. »

« 10° Les arthritides récidivent presque toujours. »

Comme on peut le voir, le groupe des arthritides, tel que l'entend le professeur de Palerme, diffère quelque peu de celui que décrit M. Bazin; cependant la description clinique et les observations qui terminent son Mémoire méritent, ce me semble, qu'on s'y arrête quelque peu. Nous ne pouvons, dans les courtes limites de ce compte rendu, les analyser en détail; qu'il nous suffisent donc de les avoir signalées à l'attention des dermatologistes. (*Dal Ragguaglio inedito della clinica venerea e cutanea di Palermo.*)

Daniel MOLLIÈRE.

NOTE SUR LA POUDRE ANTIHERPÉTIQUE D'ARAROA,
par M. PALASNE-CHAMPEAUX.

L'herpès circiné est très-fréquent en Cochinchine; nulle part il ne se présente avec les caractères d'acuité et de ténacité qu'il revêt dans ce pays. Parmi les divers traitements employés contre cette affection cutanée, il en est un que

l'auteur a toujours vu réussir, c'est l'application d'une poudre nommée *Poh-Baia*, ou poudre de Bahia.

D'après les recherches de M. Palasne-Champeaux, ce remède serait constitué par la poudre d'*araroba*, dont le mélange avec la poudre de charbon constituerait la poudre antiherpétique utilisée à Saïgon. L'*araroba* est fourni par un arbre du Brésil dont, malgré toutes ses recherches, l'auteur n'a pu retrouver le nom scientifique. L'*araroba* arrive à Bahia en fragments appartenant évidemment à l'aubier d'un arbre d'assez fortes dimensions, d'une couleur jaune rougeâtre analogue à celle de la rhubarbe.

Les résultats obtenus par l'auteur avec la poudre d'*araroba* ont été très-rapides et très-complets, soit contre les plaques de l'herpès circiné, soit contre celles du psoriasis simplex (3 à 4 jours ont suffi pour faire disparaître les plaques cutanées).

Voici le mode de traitement employé habituellement : friction avec du vinaigre fort, suivie de la projection sur la plaque de poudre antiherpétique, au moyen d'une petite houppe de coton cardé (*Archives de médecine navale*).

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Index bibliographique. — Traité élémentaire des maladies de la peau, par le Dr GAILLETON, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille. — Paris, 1874, A. Delahaye, éditeur..... 6 fr.

Cas de syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium, par le Dr Ch. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — Paris, 1874, A. Delahaye, éditeur..... 1 fr. 50

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME CINQUIÈME

1873-1874

A

Applications externes de l'hydrate de chloral et du métachloral, par le Dr Dujardin-Baumetz.....	73
Amputation (de l') du pénis, par le Dr L. Jullien.....	216
Absorption du mercure métallique par Rindfleisch.....	307
Acide phénique dans le traitement des affections cutanées.....	320
Angiôme du gland (observation clinique et anatomo-pathologique d'un), par le Dr Parona.....	433

B

Besnier (Ernest.) — Voir miliaire.....	24
Baréty. — V. Observations sur la syphilis.....	206 et 276
Balanoposthite (la); son rôle à l'égard du chancre et son traitement radical, par le Dr Nystrom.....	421
X Barié. — V. Multiplicité du chancre simple, etc.....	356
Bubon virulent de l'aisselle, par le Dr L. Jullien.....	373

C

Chancre (sur le) non infectant céphalique, par le Dr Profeta...	197
Conjonctivite pityriasique, par le Dr Blazy.....	304
Catarrhe chronique des conduits des glandes de Méry, par Ricordi	313

Combinaison du carbonate d'ammoniaque et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis.....	398
--	-----

D

Diday. — V. Nouveau système, etc.....	82
Demange. — V. Mycosis, etc.....	121
Dubuc. — V. Variété clinique du chancre syphilitique, etc....	241
Dron. — V. Greffes épidermiques, etc.....	284
Distocie d'origine syphilitique, etc., par Chiarléoni.....	386
Dermatoses symptomatiques du rhumatisme et de la goutte, par le Dr Profeta.....	471

E

Éléphantiasis du fourreau de la verge et du scrotum, par le Dr Voillemier.....	3
Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchididite blennorrhagique, par le Dr Mauriac.....	135
Étude sur la pathologie des glandes sébacées, par le Dr Misset.....	141
Exanthème prodromique de la variole.....	149
Érysipèle rhumatismal (de l'), par le Dr Perroud.....	161
Éléphantiasis des Grecs, par le Dr Hillairet.....	181
Étude sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis, par le Dr Mauriac.....	218
Étiologie de la syphilis héréditaire, par le Dr Sturgis.....	223
Emploi de l'iodoforme, par le Dr Ernest Besnier.....	228
Étude sur les chancres du col utérin, par le Dr Schwartz.....	299
Essai sur les rétrécissements syphilitiques du rectum, par E. Godebert.....	384
Emploi de l'iodoforme dans le traitement des ulcères vénériens, par le Dr Profeta.....	401
Étude pratique sur la syphilis infantile, par le Dr Violet.....	447
Endométrite placentaire gommeuse, par le Dr Slavjanski.....	462

F

Fournier. — V. Triple paralysie oculaire, etc.....	190
Furoncle (le), ses relations avec l'herpétisme, par le Dr Delieux de Savignac.....	239

TABLE DES MATIÈRES.

477

Fournier. — V. Multiplicité du chancre simple, etc.....	356
Fournier. — V. Lésions tertiaires du pharynx.....	435

G

Greffes épidermiques sur un chancre syphilitique par le D ^r A. Dron.....	284
--	-----

H

Hydrolat d'eucalyptus contre la gale.....	156
Hillairet. — V. Éléphantiasis des Grecs.....	181

I

Iodoforme (de l'), son emploi comme topique, etc., par le D ^r Petiteau.....	61
Iodoforme (traitement par l') de la maladie vénérienne, etc., par le D ^r Izard.....	61
Injectons sous-cutanées de bi-iodure de mercure dans le traite- ment de la syphilis, par le D ^r Ragazzoni.....	79

J

Jullien. — V. Bubon virulent de l'aisselle.....	373
---	-----

L

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par le D ^r Henry Thompson	221
Localisation des maladies de la peau, étudiée au double point de vue histologique et clinique, par le D ^r Oscar Simon.....	375
Leçons sur l'ostéite et la périostite syphilitiques, par J. Hamilton.	380
Lésions tertiaires du pharynx, par le D ^r A. Fournier.....	435
Leçons cliniques sur le sycosis parasitaire par le D ^r T. Fox...	467
Les écoulements uréthraux syphilitiques, par le D ^r H. Lee.....	468

M

Miliaire (de la), par le D ^r Ernest Besnier.....	24
Mollière (Humbert).— Voir Recherches cliniques sur le purpura.	44
Mycosis fongoïde, par E. Demange.....	121
Mydriase syphilitique, par les D ^{rs} Pirocchi et Porlozza.....	156

Médication mercurielle hypodermique dans le traitement de la syphilis, par le Dr Profeta.....	317
Multiplicité (de la) du chancre simple chez la femme, par le Dr A. Fournier.....	356
Modes de transmission (de quelques) de la syphilis dans la vie conjugale, par le Dr de Méric.....	386

N

Nouveau système d'assainissement de la prostitution, par le Dr P. Diday.....	82
Note sur l'étiologie et le traitement de l'adénite inguinale chronique, par Marcato	153
Note pour servir à l'étude du développement du favus, par le Dr Conche.....	234
Nouveau moyen de diagnostic de la teigne tonsurante, par le Dr Duckworth.....	237
Note sur le champignon de la pelade, par Malassez	306
Névrome douloureux de la face, par Duhring.....	311
Nyström. — V. La balanoposthite, etc.....	321
Nouvelles données pour résoudre la question: Par qui, du père ou de la mère, se transmet la syphilis héréditaire? par Owre.	385
Note sur l'emploi de l'iodoforme dans les rhagades anales, par le Dr Parona.....	453
Note sur l'emploi du chloral dans la blennorrhagie, par le Dr Parona.....	453
Note sur la poudre d'araroba, par le Dr Palasne-Champeaux..	474

O

Origine de la syphilis, par le Dr E. Bassereau.....	68
Observations sur la syphilis, par A. Baréty.....	206, 276
Observation remarquable de rétrécissement syphilitique du rectum, par le Dr Zappulla.....	315
Observation de syphilis cérébrale secondaire, par le Dr Gay....	469

P

Phosphore (emploi du) dans les maladies cutanées.....	76
Perroud. — V. Érysipèle rhumatismal	161
Profeta. — V. Chancre non-infectant céphalique.....	197
Prurit d'hiver, par le Dr Duhring.....	222

Pronostic de la syphilis, par le Dr Sturgis.....	225
Psoriasis buccal, par le Dr Debove.....	229
Pommade contre le prurit et les ulcérations de la variole, par le Dr Guéneau de Mussy.....	240
Pityriasis rubra (cas de) guéri par les diurétiques, par le Dr T. Fox.....	310
Prostitution (de la) dans les grandes villes au XIX ^e siècle et de l'extinction des maladies vénériennes, par le Dr Jeannel.....	380
Prurit et affections prurigineuses.....	397
Profeta. — V. Emploi de l'iodoforme dans le traitement des ulcères vénériens.....	401

Q

Quelques points pratiques du traitement du phimosis produit par les ulcères chancreux, par le Dr Taylor.....	77
Quelques documents sur la syphilis. — Syphilis héréditaire, analyse par le Dr Z. Jullien.....	387
Recherches cliniques sur la nosographie du purpura hæmorrhagica, et des affections pétéchiâles, par le Dr H. Mollière.....	44

R

Rôle (du) des organismes inférieurs dans la genèse des maladies infectieuses, par Vogl.....	309
Rollet. — V. Syphilis inoculée.....	330
Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau, par le Dr Rendu.....	412

S

Sur quelques modifications de l'épiderme et du corps muqueux de Malpighi dans l'érysipèle, par le Dr J. Renaud.....	69
Syphilis (traitement de la) par les frictions mercurielles par le Dr Panas.....	74
Syphilis (la) dans ses rapports avec le mariage, par le Dr E. Langlebert.....	289
Syphilis inoculée (de la), par le Dr Rollet.....	330
Sources (de quelques) de l'infection syphilitique, par Nevins Hyde.....	386
Schwartz. — V. Lésions tertiaires du pharynx.....	435
Spasme du col vésical, etc., par le Dr Parona.....	453

T

X Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé, etc., par le Dr Staub.....	133
Ténosme vésical guéri par l'incision sous-cutanée du col de la vessie, par le Dr Grazianetti.....	144
Traitement du psoriasis par le seigle ergoté, par le Dr Zambon.....	147
Traitement de la variole par l'acide phénique, par Löffler.....	155
Triple paralysie oculaire d'origine syphilitique, par le Dr A. Fournier.....	190
Thrombose des sinus du placenta, par Slavjanski.....	226
Traitement du porrigo decalvans, par le Dr Duckworth.....	236
Traitement de l'état aigu de la blennorrhagie par le haschich et l'acide benzoïque, par Lamarre.....	396
Traitement du furoncle.....	399
Traitement de l'eczéma capitis.....	397
Traitement du prurit valvaire.....	398
Traitement de la blennorrhagie par le glycérolé de tannin, par A. Stern.....	471

V

Voillemier. — Voir éléphantiasis du fourreau, etc.....	5
Variété (d'une) clinique du chancre syphilitique de l'homme; chancre syphilitique multiple herpétiforme, par le Dr Dubuc.....	241
Varice de la veine dorsale de la verge, par le Dr Parona.....	453

X

Xanthoma, par le Dr Kaposi.....	150
---------------------------------	-----

Z

Zona ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent, par le Dr Hybord.....	63
Zona double, par Balmano Squire.....	154

Le gérant, G. MASSON.

Clichy. — Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 34. (1084, 9-4.)