

Bibliothèque numérique

medic@

**Annales de dermatologie et de
syphiligraphie**

Tome X. - Paris : Masson, 1879-1880.

Cote : 90153



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

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90153x1879x1880](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90153x1879x1880)

5769

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE



DERMATOLOGIE
Clichy. — Impr. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (33, 29).

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, L. BELHOMME, BERGERON, ERNEST BESNIER, BOUCHARD,
BUMSTEAD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY, DRON,
ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD, GUIBOUT,
HARDY, HEBRA, HILLAIRET, HORTELOUP, ICARD, Ed. LABARRAQUE,
G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT,
AIMÉ MARTIN, MAURIAC, A. NYSTROM, PELIZZARI, G. PROFÉTA, Ph. RICORD, RODET,
ROLLET, SAINT-CYR, M. SÉE, DE SEYNES, E. VIDAL, ETC.

TOME DIXIÈME.



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

1879-1880

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

Par le docteur A. DOYON

ANALYSE DE L'ŒUVRE DE M. DOYON
M. DOYON, CALVOT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1882
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1883
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1884
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1885
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1886
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1887
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1888
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1889
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1890
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1891
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1892
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1893
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1894
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1895
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1896
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1897
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1898
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1899
ALBERT LAFONT, CHIRURGIEN, DOCTEUR, 1900



TOME DEUXIÈME

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
10, rue de la Harpe, 10
1912-1913



AUX LECTEURS DES ANNALES.

Avec ce numéro finit la première série des *Annales*, que je fondai il y a dix ans sur l'amicale et flatteuse initiative et grâce à l'appui spontanément promis et largement tenu de collaborateurs auxquels revient de droit la meilleure part de l'œuvre commune. Leur adresser ici mes sincères remerciements est pour moi un devoir d'autant plus doux et facile que, contre l'usage, cet adieu n'est point le prélude d'une séparation.

Je manquerais à ce devoir, néanmoins, si je ne reconnaissais ici que c'est à eux, à leurs efforts incessants que je dois d'avoir pu conduire à bonne fin, d'avoir pu élever à un degré de notoriété inespérée l'œuvre que j'avais entreprise.

Que mes abonnés, que tous mes lecteurs veuillent bien, eux aussi, recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

Mais ma tâche, qu'il me soit permis de le dire, eût souvent risqué d'être stérile autant qu'elle a été ardue, si je n'avais trouvé dans mon éditeur —

depuis longtemps mon ami — le concours cordial et empressé dont je ne saurais jamais assez dire tout le prix.

Mais dix ans de labeur assidu, mais la sympathique adhésion de tant d'éminents confrères ne pouvaient aboutir à une cessation de l'œuvre. Aussi les *Annales* ne cessent-elles de paraître sous ma direction exclusive que pour renaître immédiatement, dans des conditions, sous une forme, avec un personnel de rédaction et une profusion de matériaux qui porteront et maintiendront assurément l'œuvre nouvelle à la hauteur des exigences de la science moderne.

Et, dans cette circonstance, le changement pour moi le plus précieux, c'est que, abandonnant volontairement la direction du journal, et par conséquent désormais exempt de responsabilité, je prends simplement la place qu'on a bien voulu me faire dans la phalange des confrères d'élite qui forment son Comité de rédaction.

Cette rénovation n'était pas seulement chose désirable. Sa nécessité se faisait sentir de plus en plus impérieuse. Depuis quelques années, en effet, les études dermatologiques et syphiligraphiques ont pris un tel accroissement que le journal destiné à en contenir les produits devait naturellement recevoir une extension proportionnée à leur développement et à leur importance.

Des mémoires aussi remarquables que nombreux

se publient tant en France qu'à l'étranger, et il était devenu essentiel, indispensable, de créer un recueil qui par son cadre, son organisation, par l'absence plus ostensible encore de tout caractère personnel, fût en mesure de provoquer le tribut des travailleurs de tout pays et de toute école ; de servir en un mot de terrain neutre, de tribune libéralement ouverte à tous ceux qui se sont voués au culte de ces deux spécialités si dignes à tous égards de la faveur qu'elles méritent et obtiennent de plus en plus.

A. DOYON.

se présentent aux Français par le langage de la
détail de leur situation, indépendante de tout
recueil qui par son cadre, son organisation, par l'ap-
sence plus ou moins grande de tout caractère per-
sonnel, lui en impose de répondre de l'indépendance
travaillant de tout pays et de toute école, de tout
vir en un mot de l'indépendance de l'indépendance
intentionnellement à tout ceux qui se sont vus
cette de ces deux situations et de la situation de la
de la faveur ou d'une manière et d'indépendance de la
en plus.

A. DUBOIS.

Il est intéressant de constater que la
même situation, qui par son cadre, son organisation, par l'ap-
sence plus ou moins grande de tout caractère per-
sonnel, lui en impose de répondre de l'indépendance
travaillant de tout pays et de toute école, de tout
vir en un mot de l'indépendance de l'indépendance
intentionnellement à tout ceux qui se sont vus
cette de ces deux situations et de la situation de la
de la faveur ou d'une manière et d'indépendance de la
en plus.

Il est intéressant de constater que la
même situation, qui par son cadre, son organisation, par l'ap-
sence plus ou moins grande de tout caractère per-
sonnel, lui en impose de répondre de l'indépendance
travaillant de tout pays et de toute école, de tout
vir en un mot de l'indépendance de l'indépendance
intentionnellement à tout ceux qui se sont vus
cette de ces deux situations et de la situation de la
de la faveur ou d'une manière et d'indépendance de la
en plus.

Il est intéressant de constater que la
même situation, qui par son cadre, son organisation, par l'ap-
sence plus ou moins grande de tout caractère per-
sonnel, lui en impose de répondre de l'indépendance
travaillant de tout pays et de toute école, de tout
vir en un mot de l'indépendance de l'indépendance
intentionnellement à tout ceux qui se sont vus
cette de ces deux situations et de la situation de la
de la faveur ou d'une manière et d'indépendance de la
en plus.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

DU XANTHÉLASMA ET DE LA DIATHÈSE XANTHÉ-
LASMIQUE, par Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux,
répétiteur à l'École des Hautes-Études (1).

L'affection dont nous nous proposons de donner ici une description succincte, n'est pas aussi rare que pourrait le faire penser le silence des dermatologistes français à son égard. Elle a été bien observée en Angleterre, étudiée au point de vue anatomo-pathologique surtout en Allemagne, et nous avons pu, nous-mêmes, en recueillir, en peu de temps, quatre observations, et en soumettre les diverses formes à l'analyse histologique.

Ces quatre observations serviront d'introduction à notre travail. Nous avons recueilli la première dans le service de M. le professeur *Charcot* à la Salpêtrière, et les trois autres à l'hôpital Saint-Louis, dans celui de notre excellent

(1) Nous remercions notre ami et collègue J.-B. Gauché, à qui nous devons la traduction de plusieurs travaux anglais, notamment des mémoires de Hutchinson, Addison et Gull et Church.

maître M. *Hillairet*. Nous passerons ensuite en revue les différents travaux qui ont été publiés sur le xanthélasma, tant en France qu'à l'étranger, et nous étudierons successivement l'anatomie pathologique, les caractères cliniques, la signification pathologique et l'étiologie de cette intéressante affection.

Nous devons nous borner à donner ici un résumé rapide des recherches assez nombreuses qui ont eu pour objet la détermination histologique du xanthélasma, et les conclusions de nos investigations personnelles. Cette partie de notre travail sera prochainement publiée avec tous les développements qu'elle comporte, dans les *Archives de physiologie*, et accompagnée de trois planches représentant : l'une, la structure des plaques et des tubercules xanthélasmiques ; les deux autres, la tête, la main gauche et les organes génitaux du malade, qui fait l'objet de notre seconde observation.

OBSERVATION I.

Xanthélasma plat palpébral. — Coloration foncée de la peau. — Névropathie hystéro-hypochondriaque héréditaire. — Arthritisme.

Madame Boulet, âgée de 38 ans, admise à la Salpêtrière, entre à plusieurs reprises dans le service de M. Charcot, à l'infirmerie, où nous l'avons observée pendant les années 1876 et 1877.

Antécédents héréditaires. — Le père, emporté, mais « d'un cœur excellent », mourut à 35 ans d'une affection de nature indéterminée.

La mère, très-nerveuse, était, sans avoir de véritables attaques de nerfs, sujette à des accès d'excitation psychique, pendant lesquels elle riait, pleurait sans motifs et se livrait

à toutes sortes de divagations. Son caractère était doux et sa volonté faible. Atteinte d'une affection cardiaque, elle mourut « de joie » en apprenant le retour d'un de ses enfants qu'elle croyait gravement malade.

Le frère de madame B... serait également affecté d'une maladie de cœur et se plaint de douleurs articulaires, bien que ses jointures ne soient ni gonflées ni douloureuses à la pression et pendant les mouvements. D'un caractère faible comme sa mère, il est pusillanime et se laisse facilement abattre. Il a peu de goût pour les plaisirs vénériens, et sa sœur le croit encore « sage ». Elle se plaint amèrement de son égoïsme ; « toujours préoccupé de ses propres souffrances, il est très-froid pour elle, n'accorde aucune attention à ses maux, et néglige de la visiter. » Il est d'ailleurs intelligent et remplit les fonctions de caissier dans une usine à gaz.

La sœur, âgée de 35 ans, a un caractère absolu, emporté « mais sans méchanceté. »

Antécédents personnels. — Régée à 11 ans et mariée à 17 ans, madame B... paraît avoir eu à cette époque des accidents hystérisques bien caractérisés. Plus tard, son caractère devint irritable. Elle était « très-nerveuse, violente, tenace dans ses volontés, sujette à des accès de colère qu'elle passait sur ses ouvriers, et qu'elle reconnaît n'avoir pas toujours été bien justifiés. » Positive et peu disposée aux rêveries et à l'idéalisme, elle est cependant affectueuse et aimante pour ses enfants et son mari, bien que celui-ci eût lieu de se plaindre de sa répugnance pour les relations sexuelles. — « J'étais, dit-elle, très-rieuse et très-froide. » — Elle paraît avoir eu quelques accès d'hystérie convulsive au moment de la dernière guerre.

Elle eut six enfants, qui ont tous succombé. Le premier fut expulsé prématurément au septième mois de la grossesse,

le second mourut d'une rougeole avec broncho-pneumonie; le troisième avorta au quatrième mois; le quatrième mourut des convulsions à 2 ans; le cinquième fut emporté par une diarrhée cholériforme; le sixième enfin fut tué accidentellement par une chute sur la tête.

A 22 ans, légère attaque de rhumatisme articulaire qui la tint au lit pendant une huitaine de jours; 4 ou 5 ans après, à la suite d'une chute sur les genoux, il s'y développe une affection articulaire, qui fut tour à tour regardée comme une arthrite fongueuse et comme une arthrite sèche de nature rhumatismale. C'est à cette dernière opinion que s'arrêtèrent Nélaton, qui fit cesser les gouttières et les vésicatoires, et MM. Verneuil, Périer et Gillette, qui furent successivement appelés à lui donner des soins.

La mort tragique et inopinée de son mari, survenue en 1874, et suivie de la perte de sa fortune, fut pour madame B... la cause de grands chagrins et le point de départ des phénomènes névropathiques qu'elle présente aujourd'hui à notre observation. En apprenant cette triste nouvelle, elle tomba sans perdre entièrement connaissance, fut prise de violentes palpitations cardiaques, et ses règles, qui coulaient alors, s'arrêtèrent.

Ses infirmités la firent admettre à la Salpêtrière en 1875. Elle aurait eu alors une affection du sein gauche, que M. Le Dentu aurait cru de nature fibreuse et aurait traitée par l'iodure de potassium. Plus tard, M. Terrier en aurait reconnu le caractère purement névralgique; enfin, M. Gillette aurait discuté et repoussé l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

C'est en 1876 que se serait montrée l'affection cutanée, qui fait l'objet de notre étude et dont nous donnerons plus loin la description détaillée.

État actuel. — La malade est une femme de 38 ans ; son embonpoint assez notable s'est surtout développé depuis 1870 ou 1871, sa figure est pleine, sa physionomie intelligente et expressive, ses cheveux sont noirs et son système pileux assez développé. On est tout d'abord frappé de la coloration pigmentée de la face qui est surtout marquée autour des yeux, qui paraissent cernés.

L'appétit est bon, bien que capricieux, et quoique la malade s'étende longuement sur les troubles dyspeptiques dont elle se dit tourmentée. Elle digère mal, souffre de renvois aigres, acides et gazeux, d'une sensation de brûlure au creux épigastrique et à la gorge, de diarrhée continuelle, l'engageant à se présenter à la selle jusqu'à 3 ou 4 fois par jour, de vomissements bilieux qui surviennent tous les matins ; elle aime les viandes salées, se trouve mal nourrie et se fait donner de la pepsine.

La miction est peu abondante et s'accompagne de douleurs uréthrales brûlantes ; l'urine est rouge, boueuse, épaisse, et sa quantité ne dépasse pas 2 verres par jour, bien que pendant ce laps de temps la malade se présente au bassin « plus de 20 fois ». Elle ne contient ni sucre ni albumine.

Depuis 2 ans, madame B... se plaint « de coliques hépatiques » qui consistent en douleurs partant de la région du foie, irradiant vers le creux épigastrique, la région ombilicale et s'accompagnant sinon de véritables vomissements, du moins de nausées et de régurgitations bilieuses.

Ces accès se termineraient brusquement au bout d'une heure pour faire place à une douleur fixe localisée à l'hypochondre droit et à un ténésme ano-vésical. L'ictère n'aurait jamais été bien constaté, et la palpation ainsi que la percussion du foie ne permettent de sentir aucune modification du volume de cet organe.

Bien que notre malade se plaigne également de troubles

de la respiration et de la circulation, de palpitations cardiaques, et se dise atteinte d'une affection organique du cœur, reconnue par plusieurs médecins, un examen attentif de l'appareil cardio-pulmonaire ne nous permet d'y reconnaître aucun trouble fonctionnel ni aucune lésion organique. Le pouls est régulier, les battements du cœur sont sourds et se répètent 92 fois par minute.

A cela ne se bornent pas les plaintes de madame B... Au sein gauche elle ressent toujours des élancements douloureux ; l'examen de la région nous fait constater l'absence de toute tumeur et l'existence de points de névralgie intercostale. Aux régions hypochondriales, surtout à droite, existent également des douleurs pungitives et gravatives de nature névralgique ; à la région lombaire, ce sont « des coups de barre qui lui brisent les reins » ; à la région épigastrique, un poids qui l'opprime entre l'estomac et le ventre ; à la face des douleurs survenues il y a 10 ans à la suite d'une course faite nu-tête et revenant depuis ce temps-là sous forme d'accès assez fréquents accompagnées de rougeur de l'œil et de larmoiement.

Il n'est pas enfin, jusqu'aux membres, aux poignets, aux doigts de pieds qui ne soient le siège de douleurs revêtant également un caractère franchement névralgique.

Violentes palpitations cardiaques et douleurs précordiales semblables à « des coups de canif. » Ces palpitations douloureuses surviennent « par accès qui sont fréquents surtout depuis 2 ans : » alors « son cœur se serre, elle est sur le point de se trouver mal, sa vue se trouble, elle voit des milliers d'étincelles. »

Le sommeil est agité, troublé par des douleurs, des rêves, des cauchemars, « on l'assassine, on la noie, ses enfants tombent à l'eau ».

Au point de vue psychique, madame B... est, ainsi qu'on peut déjà le soupçonner par tout ce que nous venons de rap-

porter, une névropathe hypochondriaque non délirante. Très-intelligente, très-fine, un peu malicieuse même, raisonnable en tous points, elle ramène insensiblement la conversation sur ses souffrances, s'en plaignant sans amertume avec une sorte de bonne humeur qui contraste avec la gravité et la multiplicité des maux dont elle se plaint. Elle appartient à cette catégorie assez nombreuse de névropathes que l'on pourrait appeler hypochondriaques gais. Un examen psychologique attentif et prolongé ne nous permet de saisir chez elle aucune trace de conception délirante. 2 mois après la mort de son mari, toutefois, elle fut un soir prise d'hallucination de la vue, de l'ouïe et du toucher : elle le voyait, lui parlant, lui prenant les mains, mais le premier moment de surprise passé, elle reconnut d'elle-même la fausseté de ses sensations et craignit un instant de devenir folle. Depuis lors les hallucinations n'ont pas reparu, du moins avec un caractère d'extériorité aussi prononcé ; cependant, lorsqu'elle est bien absorbée dans son travail, il lui semble, par moments, qu'on la touche ; elle saute alors sur sa chaise, pousse un cri mais ne tarde pas à se rassurer. Elle accuse encore des bourdonnements d'oreille et un « martellement aux tempes ».

La vue est affaiblie surtout depuis un an ; elle dut alors acheter des conserves, elle peut toutefois encore se livrer à des travaux d'aiguille assez fins. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de devenir subitement aveugle pendant quelques secondes lorsqu'elle fixe un objet avec quelque attention, il survient de la diplopie, une sensation douloureuse ; elle sent alors « son cœur s'en aller », sa vue se trouble et elle cesse de voir distinctement les mailles de son crochet.

L'examen ophtalmoscopique et optométrique pratiqué avec l'aide de M. *Raynal*, ancien chef de clinique ophtalmologique, nous a montré les milieux de l'œil parfaitement transparents. Les bords de la prunelle étaient un

peu diffus, et celle-ci était grisâtre. L'acuité visuelle déterminée au moyen de l'optomètre de *Javal* était pour chacun des yeux, sans accommodation 1, avec accommodation 6. Il existait enfin une légère insuffisance du droit externe gauche, et un astigmatisme vertical des deux yeux.

Les articulations de la malade portent les stigmates d'une constitution franchement arthritique. Les phalanges et les tendons extenseurs sont depuis 2 ans le siège de nodosités. Souvent les articulations des mains deviennent douloureuses et les doigts se mettent en griffe pendant quelques minutes.

Les jambes immobilisées pendant 5 ans dans des gouttières sont très-amaigries; depuis 5 ans environ il existe une tuméfaction de la tête des premiers métatarsiens. Les articulations des genoux font entendre des frottements et des craquements très-prononcés: la malade ne peut marcher qu'avec l'aide de béquilles.

Xanthélasma palpébral. — L'affection palpébrale remonte, avons-nous dit, à un an. La première tache xanthélasmique, précédée de quelques démangeaisons, se montra à la partie interne de la paupière supérieure gauche; bientôt une seconde apparut en dehors de celle-ci et fut annoncée par un prurit encore plus intense; vint ensuite une grosse tache à la paupière supérieure droite, les paupières inférieures commençaient à être affectées il y a environ 6 mois.

Ces taches sont localisées aux parties internes des paupières; elles sont, les plus petites arrondies, les plus grandes ovoïdes à grand axe dirigé dans le sens de l'orifice palpébral, légèrement saillantes, d'une consistance molle, d'une coloration jaune mêlée de brun, fauve, assez comparable à la peau de chamois.

Leur surface un peu rugueuse semble formée de petits

grains agglomérés ; à leur niveau la sensibilité est intacte, elles sont même le siège de fourmillements qui augmentent au moment des règles : alors ces taches s'affermiraient, s'élargiraient quelque peu, et les paupières seraient le siège d'une pesanteur incommode.

Nous avons vu que la peau de la face et surtout les paupières étaient fortement pigmentées ; les yeux, avons-nous dit, semblent enfoncés dans leurs orbites, cernés, et le facies de la malade n'est pas sans analogie avec le facies utérin.

Pour suppléer à un dessin que nous regrettons d'avoir perdu, nous donnerons d'une manière aussi exacte que possible la disposition topographique des taches dont nous venons de décrire les caractères :

Il existe à droite :

1° Une plaque ovoïde à grand diamètre vertical, située entre l'angle interne de la paupière supérieure, et la racine du nez ;

2° Une plaque ovoïde, allongée verticalement, occupant le tiers interne de la paupière supérieure ;

3° Un peu au-dessous de la plaque n° 1, une petite tache ronde du volume d'un grain de millet ;

4° Une petite tache ovale située près de l'angle interne de la paupière inférieure.

A gauche, les plaques offrent une disposition absolument symétrique, à cela près que la plaque n° 1 est beaucoup plus étendue, tandis que la plaque n° 3 est à peine visible.

Aucun autre point de la peau et des muqueuses accessibles à la vue ne nous a montré des lésions xanthélasmiques : l'aréole des mamelons cependant est très-pigmentée et parsemée d'une grande quantité de granulations blanchâtres qui semblent enchâssées dans le derme. Ces grains sont tantôt isolés, tantôt réunis en groupes qui ne sont pas sans analogie avec de petites plaques xanthélasmiques.

OBSERVATION II.

Xanthélasma plat et tuberculeux généralisé. — Ictère chronique. — Hypertrophie du foie.

Sonnet (1), âgé de 42 ans, ouvrier emballer, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet, pour un ictère chronique avec xanthélasma généralisé. Ce malade est un homme de taille moyenne, maigre, d'une intelligence assez bornée et d'une assez bonne constitution.

Antécédents héréditaires. — Ils n'offrent que peu d'intérêt. Son père, mort à 68 ans d'une hernie étranglée, sa mère, ses grands-parents paternels et maternels, sa sœur et sa fille n'ont eu et n'ont aucune affection digne d'être signalée. Sa mère est « violente et bornée ». Sa grand-mère maternelle est qualifiée par lui « de vieille braque avec laquelle on ne peut s'entendre ».

Antécédents personnels. — Pas de maladie sérieuse avant le début de l'affection actuelle sauf une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui le frappa à l'âge de 26 ans et le retint au lit pendant 3 semaines. Ni alcoolisme, ni syphilis, ni migraines, ni impaludisme, ni affections cutanées d'aucune sorte. Le malade est sobre, marié et de mœurs régulières.

Etat actuel. — 1° Ictère, état du foie, fonctions organiques.

Le début de l'ictère remonte à 10 mois, il se développa insidieusement sans cause appréciable et sa coloration se fonda peu à peu. Il est actuellement d'une couleur jaune de

(1) Ce malade a été présenté par M. Hillairet à l'Académie de médecine et par nous à la Société clinique. Voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 19 nov. 1878, et *France-médicale*, janvier 1879, numéros 1 et 2.

moyenne intensité ets'accompagne d'un prurit assez intense et d'une éruption de prurigo ictérique généralisé qui oblige le malade à se gratter continuellement. Pas de xanthopsie.

Le volume de la rate est normal. Le foie est, au contraire, hypertrophié : il remonte au niveau de la 5^e côte et son bord inférieur dépasse de 4 travers de doigts le rebord des fausses côtes. La hauteur de la matité hépatique est de 15 centimètres. La palpation permet de constater que la forme du foie est normale et que sa surface ainsi que son bord libre ne présentent aucune modification de consistance et de configuration.

La pression exercée sur la région hépatique n'est nullement douloureuse, il n'existe ni douleurs spontanées, ni accès de coliques hépatiques, ni ascite, ni développement de la circulation porte supplémentaire, ni hémorrhagies, ni enfin accès fébriles intermittents. Les résultats de la palpation et de la percussion, l'absence des divers symptômes que nous venons d'énumérer ainsi que la marche de l'affection nous font écarter l'hypothèse d'une cirrhose hypertrophique avec ictère et celle d'une cirrhose calculeuse et admettre l'existence d'une hypertrophie hépatique dans laquelle l'élément congestif doit jouer un rôle important.

Ces troubles de la fonction hépatique nous ont engagé à faire examiner l'urine de notre malade et nous nous sommes adressé à notre ami M. Roux, préparateur au laboratoire de chimie des cliniques de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« La quantité moyenne d'urine rendue en 24 heures est de 1,800 grammes. L'analyse chimique a porté sur 345 grammes d'urine.

« Sa couleur est jaune rougeâtre. Elle répond au n° 4 de l'échelle de Neubauer.

« La densité : 1,044 à $+15^{\circ}$.

« Réaction très légèrement acide.

« L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

« Traitée par l'acide nitrique nitreux, l'urine donne la succession de teinte caractéristique des matières colorantes biliaires.

« L'extrait alcoolique de 100 grammes d'urine, est traité par le procédé de Pettenkoffer pour la recherche des acides biliaires : aucune coloration ne se produit, il n'y a donc pas d'acides biliaires.

« L'urée a été dosée par le procédé de Liebig. L'urine en contient $8^{\text{gr}},50$ par litre.

« L'acide urique a été évalué par la pesée après précipitation par l'acide chlorhydrique étendu ; en opérant sur 50^{cc} d'urine, on trouve $0^{\text{gr}},70$ d'acide urique par litre.

« Les chlorures sont dosés par la méthode de Mohr et évalués en chlorure de sodium, $5^{\text{gr}},20$ par litre.

« Le dosage de l'acide phosphorique a été fait au moyen de l'acétate d'urane, $0^{\text{gr}},63$ par litre.

« Une petite quantité d'urine évaporée sur le porte-objet du microscope n'a montré ni cristaux de leucine ni cristaux de tyrosine.

« Après avoir neutralisé par la soude les 150^{cc} qui ont servi à la recherche de l'acide urique, on a précipité par l'acétate de plomb basique. Le précipité a été séparé par le filtre et l'excès de plomb contenu dans le liquide filtré a été précipité par l'hydrogène sulfuré. Le liquide clair concentré n'a laissé déposer au bout de 12 heures aucune trace de tyrosine, — on l'a d'abord soumis à l'évaporation, le résidu a été traité par l'alcool absolu froid, puis par l'alcool à 85° bouillant, et la solution alcoolique évaporée n'a pas donné de dépôt de leucine. »

En résumé :

Quantité d'urine rendue en 24 heures, 1,800 grammes.

Densité : 1,011 à +15° C.

Coloration 4°, échelle de Neubauer. — Réaction très légèrement acide.

Matières solides.....	25 ^{gr} ,63	} 1,000 grammes.
Eau.....	945 57	
Acides biliaires — Leucine — Tyrosine....	Néant.	
Matière colorante biliaire.....	—	
Urée.....	8 ^{gr} ,50	} pour 1000 gr.
Acide urique.....	0 70	
Acide phosphorique.....	0 63	
Chlorure de sodium.....	5 20	
Extractif, sels, etc., dosés par différence	10 60	

M. le professeur *Peter* nous ayant engagé à prendre, chez notre malade, la température locale de la région hépatique, nous avons appliqué successivement le même thermomètre sur les hypochondres droit et gauche et dans l'aisselle, et comparativement sur les mêmes points du corps d'un individu du même âge, jouissant d'un bon état général et affecté seulement d'un psoriasis chronique généralisé. Voici le résultat de ces explorations :

Psoriasis.	Hypochondre droit..	36°,6	Xanthélasma	30°,5
	Hypochondre gauche	36°,2		35°,4
	Aisselle droite.....	36°,4		37°,2
	Pouls.....	56.		60.

Elles nous montrent chez le malade affecté de psoriasis et dont l'intégrité de la santé générale et du foie avaient été préalablement constatés, une différence physiologique de 0°,4, entre les températures hypochondriques droite et gauche, et en faveur de l'hypochondre droit. Cette différence est portée à 1°,1, chez notre malade, dont le foie est probablement très congestionné. Cette observation ainsi isolée, n'a sans doute que peu de valeur, aussi nous

propositions-nous de la répéter d'une manière suivie sur notre malade, lorsqu'il a jugé bon de nous quitter; mais nous saisissons cette occasion pour faire ressortir l'intérêt qu'offrirait une étude attentive des températures locales et l'application que nous aurions pu en faire dans ce cas particulier.

L'appétit est sensiblement diminué depuis le début de l'ictère : le malade réclame constamment des préparations stomachiques ; cependant il n'existe ni vomissements, ni diarrhées, ni constipation.

La respiration est courte et un peu haletante sans qu'il y ait aucune lésion de l'appareil pulmonaire. Les bruits du cœur sont un peu sourds, cependant cet organe ne présente ni irrégularités de son rythme, ni modifications de son volume, ni altérations de ses bruits. Le pouls bat 60 fois par minute.

Il existe autour de la cornée un cercle sénile très prononcé.

Les organes des sens ne sont pas affaiblis, la vue notamment est très bonne. Il n'en est pas de même des fonctions génitales. Depuis 5 ou 6 mois les désirs vénériens et les érections qui étaient assez prononcés ont disparu d'une façon presque complète. Le malade insiste beaucoup sur ce fait qui paraît l'avoir vivement frappé.

L'état général est loin d'être satisfaisant. La moindre fatigue, la moindre émotion déterminent une anhelation et un état lypothymique qui vont jusqu'à faire craindre une syncope. Celle-ci a été notamment sur le point de se produire lorsque S... a été présenté à l'Académie de médecine et à la Société clinique.

2° *Xanthelasma plat et tuberculeux*. — Chez notre malade, l'affection cutanée que nous décrivons se présente sous ses deux formes classiques. Plane ou plutôt maculeuse aux paupières et au prépuce, elle est tuberculeuse sur les autres points du corps.

A) *Forme plane ou maculeuse.* — Les taches des paupières se sont développées à l'insu du malade qui n'en a appris que par nous l'existence : elles sont en effet peu visibles et se distinguent difficilement de la teinte ictérique de la peau qui les entoure. Elles consistent en macules irrégulières d'un jaune fauve ne faisant aucune saillie et présentant absolument la même consistance et les mêmes plis que la peau.

Ces taches occupent les paupières supérieures, l'angle interne des yeux, et se prolongent sur la partie la plus interne des paupières inférieures ; ici, contrairement à la règle, elles semblent plus étendues à droite qu'à gauche.

Des taches semblables mais beaucoup moins étendues existent aux commissures des lèvres, et empiètent à la fois sur la peau et la muqueuse, où leur disposition et leur configuration ne sont pas sans analogie avec celles des plaques blanches, des tumeurs et des syphilitiques. Il en existe également quelques-unes sur la muqueuse gingivale et sur le plancher de la bouche.

Le gland est actuellement découvert et le sillon balano-préputial ainsi que la portion voisine de la muqueuse du prépuce sont recouverts d'une large tache lisse d'un blanc légèrement jaunâtre, très-apparente, à bords irréguliers, qui entoure comme un anneau l'extrémité de la verge.

B) *Forme tuberculeuse.* — Les premiers tubercules se seraient montrés environ 3 mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, sous forme de petites élevures blanchâtres à peine visibles : leur apparition aurait été précédée pendant un mois de rougeurs et de picotements douloureux très différents du prurit déterminé par l'ictère. Ces élevures ne tardèrent pas à jaunir, à augmenter de volume et à se transformer en véritables tubercules.

Ces tubercules existent à l'état d'isolement et de confluence. Ils sont disséminés et très peu nombreux à la

peau et au tronc. On en trouve un sur la partie droite du front, un autre sur le lobule de l'oreille droite, un troisième sur l'ourlet de l'oreille gauche, un quatrième sur l'angle de la mâchoire inférieure à droite, quelques-uns à la région postérieure du cou, sur le dos, la poitrine et les membres supérieurs. Aux membres inférieurs nous n'en avons découvert qu'un seul au niveau du tendon d'Achille droit.

Quelques tubercules assez volumineux forment un petit groupe à l'entrée de chaque narine, et leur présence est jusqu'à un certain point un obstacle à la respiration nasale. Aussi le malade demande-t-il à en être débarrassé. Sur l'épaule droite il existe une plaque ovalaire, formée de tubercules petits, pâles, assez rapprochés les uns des autres ; la peau du menton, celle du pubis et de la partie postérieure de la verge en sont également semées, et dans ces régions un certain nombre d'entre eux sont traversés par un poil.

C'est aux mains que l'éruption xanthélasmique se montre avec ses caractères les plus remarquables et que les tubercules se présentent avec une confluence et une coloration plus grandes que partout ailleurs.

Les éminences thénar et hypothénar, le creux des mains, la face palmaire des doigts et surtout la pulpe des dernières phalanges en sont couvertes : en ces derniers points et surtout à la pulpe du pouce, ils sont tellement nombreux, qu'ils forment des plaques granuleuses, que beaucoup d'entre eux se réunissent et que l'espace qui les sépare est moins grand que celui qu'ils occupent.

Les plis de la face palmaire des mains et des doigts que déterminent les mouvements articulaires sont accusés par des lignes jaunes qui semblent tracées au moyen d'un pinceau. Si on regarde ces lignes avec attention on voit qu'elles sont formées par une succession de petites élevures

les unes arrondies, les autres linéaires, disposées bout à bout comme les grains d'un chapelet.

Quelques tubercules se rencontrent aussi sur la face dorsale des mains. L'un d'eux, remarquable par son volume et sa dureté, existait au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange de l'index de la main droite. Il a été enlevé en vue d'un examen histologique.

Le cuir chevelu, la plante des pieds, les mamelons, l'anus sont indemnes de toute éruption xanthélasmique. — On voit par transparence, sous les ongles, des taches jaunâtres qui révèlent l'existence de tubercules sous-unguéaux.

Les tubercules dont nous venons de décrire les dispositions topographiques sont de petites tumeurs arrondies lorsqu'elles sont peu volumineuses, aplaties si elles le sont davantage, d'un volume qui varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois, d'une coloration d'un blanc jaunâtre plus ou moins accusée, d'une consistance fibreuse. Elles se développent dans le derme dans l'épaisseur duquel elles sont comme enchâssées et forment à la surface de la peau une saillie notable.

Leur apparition est précédée de picotements qui persistent ensuite et augmentent au point de devenir « agaçants ». La sensibilité à leur niveau paraît un peu diminuée et l'on peut les traverser avec une aiguille sans déterminer beaucoup de douleur, mais vient-on les comprimer avec un corps moussu ou à serrer entre les doigts un doigt du malade, celui-ci accuse aussitôt une douleur vive, qui persiste après que la cause en a disparu et qui n'est pas sans analogie avec celle que détermine le contact des cicatrices douloureuses et des tumeurs des nerfs, vulgairement et improprement appelées névromes. Le malade ne peut sans éprouver de vives souffrances empoigner un outil, saisir un corps tant soit peu lourd, et l'affection dont il est atteint

constitue pour lui une véritable infirmité et un obstacle insurmontable à l'exercice de toute profession manuelle.

Nous avons observé le malade pendant un mois et demi. Son état général était, à sa sortie, un peu amélioré, mais l'ictère ainsi que l'hypertrophie hépatique persistaient et les tubercules xanthélasmiens étaient un peu plus nombreux qu'au moment de son entrée dans nos salles (1).

OBSERVATION III.

Ataxie locomotrice progressive. — Xanthélasma plat des paupières. — Xanthélasma tubéreux très-discret simulant des noyaux de carcinome dur secondaire de la peau.

Madame Marie Manière, âgée de 46 ans, femme de ménage, est admise dans le service de M. *Hillairet* à l'hôpital Saint-Louis, le 24 septembre 1878, pour une ataxie locomotrice progressive qui ne présente rien de remarquable.

Cette malade peu intelligente ne peut donner que des renseignements fort vagues sur ses antécédents héréditaires et personnels. Nous apprenons toutefois qu'elle n'a jamais eu ni ictère, ni migraine, et que la seule affection sérieuse dont elle ait été atteinte fut une attaque de rhumatisme articulaire. Elle est aujourd'hui amaigrie et déprimée physiquement et moralement.

Il existe sur la moitié interne de la paupière supérieure gauche, une plaque de xanthélasma qui n'offre rien de remarquable. En examinant la malade, notre attention se porte sur deux gros tubercules, situés, l'un à la racine du

(1) Les mains et la verge de ce malade ont été moulées par Baretta et déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis (vitrine VII). — On trouvera dans notre mémoire sur l'anatomie pathologique du xanthélasma (*Archives de physiologie*, 1878) deux planches dessinées par Leuba représentant la tête, la main gauche et la verge du même sujet.

sein gauche, au niveau du troisième espace intercostal, l'autre au niveau de la partie moyenne de la face externe de la jambe du même côté. Ces tubercules d'une coloration qui ne diffère de celle de la peau saine que par une teinte un peu violacée, d'une consistance fibreuse, d'un volume égal à celui d'un très gros pois, sont enchâssés dans l'épaisseur du derme et font corps avec lui : ils ressemblent tellement aux nodules de squirrhe secondaire de la peau que tel est à leur égard le diagnostic de M. *Hillairet* et le nôtre et que, leur présence, l'état caractéristique de la maladie nous firent pressentir quelque affection cancéreuse viscérale restée latente.

Ces petites tumeurs ne sont nullement douloureuses ni à la pression, ni spontanément.

Nous étions si loin de croire à la nature xanthélasmique de ces petites tumeurs que, même après examen microscopique, nous n'abandonnâmes pas notre manière de voir et nous les regardâmes comme un cas singulier de carcinome lipomateux de la peau ; quelques jours après l'examen des tubercules cutanés du malade qui fait l'objet de notre deuxième observation et dont la nature xanthélasmique n'était pas douteuse vint nous éclairer sur leur véritable signification.

Si toutefois les deux tubercules que présentait madame M. . . sont histologiquement identiques à ceux du malade précédent, ils diffèrent notablement, par des caractères cliniques sur lesquels nous insisterons dans la suite, des formes connues jusqu'ici de xanthélasma tuberculeux, aussi croyons-nous devoir les en distinguer et donner à cette forme, en attendant que de nouvelles observations viennent en consolider l'existence indépendante, le nom de xanthélasma tubéreux.

L'extirpation du nodule de la jambe droite détermina une plaie qui au lieu de se cicatriser rapidement comme

nous l'avons observé chez tous nos autres malades, prit un mauvais aspect et se mit à suppurer abondamment. La malade partit avant que la cicatrisation eût commencé. Ce petit fait est un exemple du danger des traumatismes et des opérations chirurgicales chez les ataxiques.

OBSERVATION IV.

Xanthelasma plat symétrique des paupières.

Madame Herkening, âgée de 60 ans, originaire de la Saxe, se présente à la consultation de M. Hillairet à l'hôpital Saint-Louis en se plaignant d'une céphalalgie habituelle. Nous n'avons pu voir cette femme que pendant quelques instants à la consultation; de plus, la faiblesse de son intelligence, son peu de mémoire, la lenteur et la confusion de ses réponses, ôtent un peu de sa valeur à l'observation suivante que nous avons rédigée séance tenante.

Régée à 15 ans et mariée à 27 ans, madame H... eut 2 enfants dont l'un mourut de convulsions à 2 ans. Remariée à 32 ans, elle eut de ce second mariage 4 enfants dont 2 survivent : un garçon qui serait épileptique, une fille qui serait scrofuleuse.

Malgré de grands chagrins, sa santé resta bonne jusqu'en 1870. Elle contracta alors un ictère à la suite d'une perte de 20 francs qui lui étaient absolument nécessaires; cet ictère dura 3 mois.

Immédiatement après se déclara une maladie qu'il est fort difficile de débrouiller d'après les renseignements de madame H... et dont les principaux éléments semblent avoir été un érysipèle, des douleurs généralisées et des phénomènes cérébraux qui auraient obligé à l'attacher sur son lit.

Les paupières sont couvertes de taches ovalaires, jaune brunâtre, très-légèrement saillantes, groupées à la partie

interne des paupières supérieures et inférieures ; aucune douleur, aucune sensation particulière ne les accompagne et la malade en aurait toujours ignoré l'existence si on ne l'en avait prévenue il y a 3 ou 4 mois. Le reste de la peau est partout d'une teinte blanche et anémique.

Madame H... souffre depuis longtemps de grands maux de tête et se plaint aujourd'hui d'une vive céphalalgie syncipitale qui remonte à 3 semaines et aurait succédé à la suppression d'un écoulement par les oreilles. Elle n'a jamais eu de maladie de peau. Depuis 2 ou 3 mois, sa vue s'est notablement affaiblie et elle a dû changer les verres de ses lunettes. Jamais d'engourdissements dans les membres.

L'état de l'intelligence, la céphalalgie, les troubles de la vue et l'état général de la malade nous font penser à l'imminence de la démence sénile ou d'un ramollissement cérébral.

HISTORIQUE.

Plaques jaunâtres de la peau (RAYER). — *Molluscum cholestérique* (BAZIN). — *Vitiligoïdea* (ADDISON et GULL). — *Xanthoma* (KÁPOSI, W. SMITH). — *Xanthélasma* (ERASMUS WILSON). — *Dachtauge*. — *Molluscum lipomatousum* (VIRCHOW).

Rayer, sans donner un nom à l'affection qui nous occupe, la représente dans son atlas et la décrit en quelques lignes dans son *Traité des maladies de la peau* : « On observe quelquefois, dit-il, sur les paupières et dans leur voisinage des plaques jaunâtres semblables, par leur couleur, à la peau de chamois, légèrement saillantes, molles, sans chaleur et rougeur, quelquefois disposées d'une manière assez symétrique. »

Addison et Gull, en 1851, crurent découvrir l'affection

à laquelle Rayer, 15 ans auparavant, avait consacré la courte description que l'on vient de lire; ils lui reconnurent deux formes, plane et tuberculeuse, et, lui trouvant quelque analogie avec une forme de vitiligo décrite par Willan et Bateman, ils lui donnèrent le nom de vitiligoïdea (1).

Erasmus Wilson, en 1863, regarda successivement le vitiligoïdea comme une affection des glandes sébacées et de l'épiderme et lui donna les noms de *molluscum sebaceum* et de *laminae flavae epithelii cutis*, qui rappellent ces deux erreurs. Renonçant enfin à ces hypothèses il adopta la dénomination de xanthélasma, qui a, comme tous les noms dénués de sens propre, le mérite de ne pas donner de la maladie qu'ils désignent une notice incomplète ou erronée.

En 1868, parut une seconde édition du livre d'Addison et Gull, augmenté de trois nouvelles observations qui leur sont personnelles.

Dès lors l'attention fut attirée définitivement en Angleterre et en Allemagne sur le vitiligoïdea, et les travaux qui le concernent s'y succédèrent assez rapidement (2).

Hutchinson publia en 1871 un travail assez important sur le xanthélasma. Ce travail qui s'appuie sur 40 obser-

(1) La forme de vitiligo décrite par Willan et Bateman consiste en tubercules blancs qui apparaissent et disparaissent en quelques jours, et est, par conséquent une affection bien différente du vitiligo véritable. Voy. : *Pracht. Darstellung der Hautkrankheiten*, Halle, 1813; et Willan, *Delineations of skin diseases*, pl. LX, fig. 2 et 3.

(2) Bien que Bazin ne parle pas de xanthélasma, dans ses ouvrages, il connaissait très-bien cette affection et l'avait plusieurs fois observée. Cet illustre pathologiste avait vu dans un cas les piqures de tubercules xanthélasmiques donner issue à des cristaux de cholestérine et avait cru devoir désigner l'affection qui nous occupe sous le nom de *molluscum cholestérique* que portent encore deux pièces déposées par lui au musée de l'hôpital Saint-Louis.

vations dont 33 sont personnelles à l'auteur est surtout destiné à mettre en lumière les rapports du xanthélasma avec d'autres affections telles que l'ictère et les lésions du foie. *Hutchinson* publia dans la suite quelques observations nouvelles, une entre autres dans le *British medical Journal* en 1872.

Hebra, dans le premier volume de son *Traité des maladies de la peau*, décrit en peu de lignes les vitiligoïdea parmi les anomalies de sécrétion des glandes de la peau, dans le groupe des séborrhées, à côté du milium, du molluscum contagiosum et d'autres tumeurs d'origine sébacée.

Kaposi, continuateur de l'œuvre d'*Hebra*, revient sur ce sujet d'une manière beaucoup plus complète dans l'article xanthoma de la pathologie, qui n'est que la réimpression d'un article publié par lui en 1872 dans le *Wiener med. Wochenschrift*. Il classe le xanthoma dans l'ordre des hypertrophies cutanées, en donne une bonne description anatomique et apporte à la question le contingent de 5 nouvelles observations.

Pendant que les travaux que nous venons de signaler édifiaient l'histoire clinique du xanthélasma, il se publiait, surtout en Allemagne, un certain nombre de recherches ayant trait, pour la plupart, à sa détermination histologique. Les plus importantes sont celles de *Pavy*, *Hilton Fagge*, *Smith*, *Murchison*, *Jany* et *Cohn*, *Valdeyer*, *Virchow*, *Mauz*, *Oscar Simon* et *Geber*, *Hirschberg*, *Wikam Begg*; citons aussi, dans un autre ordre d'idées, le mémoire intéressant de *Church* sur l'hérédité de certaines formes de xanthélasma des paupières.

Neumann, dans un article un peu court de son *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, décrit le vitiligoïdea parmi les néoplasies cutanées entre les lipomes et les adénomes.

En 1877, *M. Larraydy* prit, sur notre conseil, le xanthélasma comme sujet de thèse inaugurale. L'année suivante,

M. Strauss lui consacrait dans sa thèse d'agrégation sur les ictères chroniques un chapitre important à la fois très clair et très complet.

Au commencement de la même année, M. Besnier fit à l'hôpital Saint-Louis une leçon clinique sur un malade, sur un homme ictérique depuis 1855 et affecté de xanthélasma plat et tuberculeux généralisé. Cette intéressante leçon a été publiée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* et dans la *Gazette des hôpitaux*, n°81, juillet 1878.

Nous-même avons présenté à la Société clinique le malade qui est l'objet de notre observation II, et communiqué à la Société anatomique le résumé de nos recherches histologiques qui seront prochainement publiées in extenso dans les *Archives de physiologie*.

(A suivre.)

QUELQUES OBSERVATIONS DE CHANCRES EXTRA-
GÉNITAUX, par M. Alb. HULOT, élève des hôpitaux de
Paris.

Pendant le cours de l'année 1877, que nous avons passée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre très-savant et très-estimé maître M. le Dr Fournier, il nous a été permis d'observer un certain nombre de chancres extra-génitaux, qui nous ont semblé dignes d'attention, soit par leur étiologie, soit par leur siège bizarre, soit encore par leur marche inaccoutumée.

Outre nos observations personnelles, nous en rapporterons plusieurs que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Fournier. M. le Dr Lailler a bien voulu, lui aussi, nous communiquer un cas intéressant.

Observation I. — Chancre infectant de l'amygdale gauche. — Ganglion sous-maxillaire correspondant pris. — Syphilides vulvaires. — Traitement spécifique. — Étiologie : baisers d'un enfant du voisinage, porteur d'un chancre syphilitique à la commissure labiale.

La nommée Joséphine B. . . , âgée de 27 ans, entre le 4 novembre 1876, salle Saint-Thomas, n° 35, dans le service du Dr Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Cette femme qui semble d'une assez bonne constitution, nous dit n'avoir jamais été malade. Mariée depuis 4 ans, elle ne s'est jamais aperçue que son mari fût atteint d'aucun mal. (On fit venir le mari; il fut soigneusement interrogé et examiné. On le trouva exempt de tout accident vénérien.)

Il y a 3 mois environ, vers le milieu du mois d'août, la malade a commencé à avoir mal à la gorge. C'était comme une sorte de gêne, de douleur légère, mais continue, siégeant exactement au côté gauche. Les efforts de déglutition, chose remarquable, n'exagéraient nullement la douleur.

8 jours après le début de ce mal de gorge il se forma, dit la malade, une grosseur au-dessous de la mâchoire. Le ganglion sous-maxillaire gauche venait de s'engorger.

Actuellement, l'amygdale gauche est rouge, tuméfiée, et dure à la pression, autant qu'il est permis d'en juger par le toucher d'un seul doigt. Le pilier antérieur gauche du voile du palais est échancré sur son bord par une ulcération à fond rougeâtre, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et en voie de réparation. — Le ganglion sous-maxillaire est tuméfié, dur, indolent et assez mobile.

Diagnostic. — Tout concourt donc à en faire un chancre infectant de l'amygdale.

L'étiologie nous paraît être la suivante : Un enfant du voisinage, soigné depuis ce temps dans le service, portait à la commissure labiale un chancre syphilitique que lui avait donné sa mère. Cet enfant allait et venait quotidiennement de chez ses parents chez la malade avec laquelle sa famille avait des relations journalières. Rien d'étonnant donc à ce que dans un baiser, dans une caresse à cet enfant, notre malade se soit exposée à une contagion presque fatale.

Depuis un mois environ sont apparues à la vulve des syphilides papuleuses, papulo-érosives et papulo-hypertrophiques, pour lesquelles la malade n'a pris que des soins de propreté.

Dès son entrée : traitement spécifique; pilule de proto-iodure de 0,05 centigr. par jour; gargarisme au chlorate de potasse; traitement local pour la vulve : trois fois par jour, lotions avec eau de Labarraque, additionnée de trois quarts d'eau; pansement avec oxyde de zinc et ouate.

(L'observation de l'enfant a été prise salle Saint-Thomas, n° 39.)

Observation II. — Chancre infectant de l'amygdale droite.
— Adénopathie correspondante. Syphilide erythémateuse.
= Étiologie inconnue ou inavouée.

Le nommé Q. . . (Hélies), âgé de 23 ans, employé de bu-

reau, entre le 12 novembre 1876, salle Saint Louis, n° 23, dans le service du docteur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme a eu il y a 18 mois une blennorrhagie. — Il n'a jamais eu de chancre, ni aucune affection pouvant être attribuée à la syphilis.

Il y a 2 mois le malade a souffert un peu de la gorge pendant 2 ou 3 jours.

La semaine dernière, il fut pris de douleur de déglutition; les liquides mêmes ne passaient pas sans gêne. La gorge était sèche; la salivation abondante. En examinant la bouche devant une glace, il aperçut un jour une ulcération sur l'amygdale droite. Après bien des hésitations il se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel.— Toute la partie supérieure de l'amygdale droite est le siège d'une ulcération à bords déchiquetés et irréguliers. Son étendue est environ celle d'une pièce de un franc. Sa surface est recouverte de débris blanchâtres entre lesquels on aperçoit le fond rougeâtre de l'ulcération, qui est, somme toute, peu profonde. Par le toucher digital on constate une induration peu considérable.

En arrière de l'angle de la mâchoire à droite existe un ganglion volumineux, indolent, un peu dur, élastique et peu adhérent.

Comme traitement, le malade n'a fait jusqu'ici que se gargariser avec de l'eau de guimauve, croyant n'avoir qu'un simple mal de gorge.

Diagnostic.—Chancre infectant de l'amygdale, avec adénopathie correspondante. Ce diagnostic fut encore justifié au bout de quelques jours par l'apparition sur tout le corps d'une roséole des plus évidentes. — Traitement spécifique.

L'étiologie, le point qui nous intéresse le plus, a été impossible à élucider dans cette observation, soit que le malade ne sache pas exactement comment il a pu attraper ce chancre; soit que, dans un but érotique, il se soit exposé à une contagion plus ou moins directe qu'il n'osa pas avouer.

Observation III.— Chancre infectant de l'amygdale droite. — Syphilide papuleuse généralisée. — Syphilides papulo-érosives de la vulve et de l'anus. — Traitement spécifique.

= Etiologie : baisers de sa fille, qui avait des plaques opalines dans la bouche, après un chancre du cou que lui avait donné une bonne.

Nous devons à l'obligeance du D^r Fournier, l'observation suivante, prise dans sa clientèle particulière.

Madame X... est mariée et âgée d'une trentaine d'années. Quoique d'une constitution délicate, elle a toujours joui d'une assez bonne santé. Il va sans dire que son passé est exempt de tout accident vénérien. Le 18 juin 1877, quand elle vint pour la première fois chez le docteur Fournier pour lui montrer sa petite fille atteinte d'un chancre du cou (nous parlerons plus loin de cette enfant, *Observ. XIII*), elle allait encore très-bien, quoiqu'elle possédât déjà peut-être le germe du mal qui devait se manifester quelques semaines plus tard. — Sa petite fille avait alors des plaques opalines de la bouche et des amygdales. — M. Fournier lui recommanda bien de ne pas embrasser son enfant sur la bouche; mais soit que la contagion eût déjà eu lieu, soit que la recommandation fut négligée ou oubliée, voici ce qu'il advint :

Au commencement du mois de juillet, vers le 9 ou le 10, madame X... eut quelques premières atteintes de mal de gorge; la douleur siégeait à droite. — Durant plus d'un mois elle se soigna elle-même, se croyant affectée d'une simple angine. Cependant, comme elle ne guérissait pas, elle se décida enfin à en parler le 8 août à M. Fournier, en lui conduisant son enfant. Hélas, il n'y eut pas de doute possible; madame X... avait sur l'amygdale droite un chancre infectant des plus caractéristiques, et fut mise de suite en traitement.

Le 10 août : syphilide papuleuse naissante, et encore discrète.

Le 11 août : croûte dans les cheveux; deux syphilides papulo-érosives à l'anus et à la vulve.

Le 14 août : Syphilide papuleuse généralisée.

Le 17 août : Céphalée nocturne, etc. — Madame X... est encore en traitement.

Observation IV. — Chancre induré du sillon labial supérieur. — Adénopathie sous-maxillaire correspondante. —

Syphilide papuleuse généralisée. — Syphilides ulcéreuses scrotales simulant des chancres simples.

Le nommé X..., âgé de 32 ans, journalier, se présente le 17 novembre 1877 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et est reçu salle Saint-Louis, numéro 58, dans le service du docteur Fournier.

En 1870, le malade fut soigné à l'hôpital du Midi pour un chancre phagédénique et gangréneux qui a laissé dans la rainure balano-préputiale une cicatrice blanche, déprimée, large comme une pièce de 1 franc. Il ne subit aucun traitement interne, et, après sa sortie, n'eut ni éruption, ni maux de gorge, ni croûtes dans les cheveux, ni enfin aucune manifestation éside à la syphilis.

En 1873 il eut bien, pendant un été, une éruption consistant en petits boutons disséminés sur tout le corps, mais ces boutons étaient très-prurigineux et furent guéris seulement par quelques bains sulfureux, et quelques frictions avec une pommade indéterminée.

Le 5 octobre dernier, il y a 6 semaines, le malade fut embrassé sur la bouche par une femme avec laquelle il affirme n'avoir eu aucun autre rapport. Un mois plus tard environ, il remarquait, au-dessus des premières incisives supérieures, une ulcération, qui augmenta rapidement d'étendue, de consistance et de volume. Depuis peu de jours, il s'est aperçu qu'il avait sur tout le corps une éruption confluyente de petits boutons rouges, plats, grands comme des lentilles. C'est presque au même moment, nous dit-il, qu'il a remarqué sur ses bourses une vingtaine de petites ulcérations. Ces ulcérations, qui ont les bords décollés, taillés à pic, à fond de couleur gris jaunâtre et tourmenté, offrent assez l'aspect de chancres mous. Mais ce ne sont que des syphilides ulcéreuses du scrotum, ainsi que l'ont démontré les inoculations faites dans la suite, et ainsi que le faisait déjà penser le premier examen de l'érosion gingivale. Cette érosion consiste en une entamure de la gencive, de la grandeur d'une amande, à diamètre transversal, découvrant le collet des incisives et même une petite surface du bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Elle repose sur une base indurée, aisément perceptible. Des deux côtés les ganglions sous-maxillaires sont considérablement engorgés, et forment de petites tumeurs dures, indolentes.

Le 19 novembre, on fait au malade deux inoculations, l'une au bras droit avec la sérosité gingivale, l'autre à la cuisse avec la sérosité scrotale. — Le résultat fut négatif.

Le 21, deuxième tentative d'inoculation. — Même résultat. — Le malade est mis au traitement spécifique.

Observation V. — Chancre induré de la paupière supérieure droite. — Ganglion satellite engorgé. — Étiologie : contact d'un enfant syphilitique.

La nommée G..., âgée de 54 ans, couturière, entre le 31 mai 1877 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Ferdinand, n° 13, dans le service du docteur Lailler, qui a bien voulu nous faire part de cette observation.

Cette femme avait depuis 8 mois la garde d'un enfant de 6 mois, atteint d'une syphilis congénitale. (L'enfant a été soigné à la consultation par M. Lailler pour des syphilides cutanées considérables et pour des plaques opalines de la bouche. A la suite d'un traitement par la liqueur de Van Swieten et la pommade au proto-iodure de mercure, son état a été bien amélioré; et à la fin de mai, c'est à peine s'il lui restait sur le corps des traces de syphilides.) Quoique prévenue dès le début du danger qu'elle courait en gardant cet enfant, cette femme a voulu continuer de le soigner.

Il y a environ 3 semaines, elle a remarqué sur la paupière supérieure droite une tuméfaction assez douloureuse qu'elle compare elle-même à un orgelet. En même temps, elle a été prise de faiblesse, de courbature. Tous les soirs et même pendant la nuit la malade ressentait des douleurs de tête et des douleurs dans les membres.

État actuel. — On constate un gonflement très net de la paupière supérieure droite; l'aspect général de la paupière est bien celui d'un orgelet, dont elle présente la saillie et la rougeur; mais le gonflement est plus marqué, la rougeur plus étendue, plus lisse, plus blafarde. En outre, à la pression, on trouve une induration chondroïde des plus marquées; et, en renversant la paupière, on la voit œdématiée, infiltrée, et exulcérée à l'angle interne de l'œil. — Pas de troubles fonctionnels. — En avant de l'oreille on constate un engorgement très net et un peu dou-

loureux du ganglion pré-auriculaire. Sur tout le corps se présente une syphilide papuleuse presque confluyente; à la nuque il existe quelques lésions papuleuses antérieures à l'affection actuelle; elles sont dues probablement à la phthiriasse. A la gorge on remarque deux ulcérations, dont l'une, assez creuse, est située au-dessus de l'amygdale gauche. — Traitement spécifique.

2 juillet. — Le gonflement et l'induration de la paupière ont beaucoup diminué. — L'état général est meilleur. — L'éruption papuleuse persiste.

4 août. — Il s'est formé une petite ulcération à l'angle interne de la paupière droite. Collyre au nitrate d'argent.

1^{er} septembre. — L'ulcération de l'angle interne de l'œil a totalement disparu. — L'éruption papuleuse est rebelle au traitement.

Observation VI. — Chancres infectant du lobule du nez. — Adénopathie correspondante. — Roséole. — Syphilides opalines des amygdales; syphilides papulo-érosives du scrotum et de la verge. — Traitement spécifique. — Étiologie: origine vénérienne, contagion directe.

Le nommé G..., chaisier, âgé de 40 ans, entre le 19 février 1876 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du D^r Fournier, salle Saint-Louis, n° 31.

Cet homme, qui déclare n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne, se plaint de voir sans cesse se reproduire sur le bout de son nez, depuis 6 semaines, une croûte de couleur jaune foncée, arrondie. Interrogé sur l'origine de cette croûte, il répond franchement qu'un mois environ avant son apparition il s'est exposé à contracter directement en cet endroit un accident de nature syphilitique. En même temps que se produisait cette croûte, le malade a éprouvé un grand malaise, puis a eu et a encore maintenant des maux de tête, qui atteignent leur maximum d'intensité pendant la nuit.

Actuellement, l'extrémité du lobule du nez et la partie voisine de la cloison sont recouvertes par une croûte régulièrement arrondie, d'un gris jaunâtre, hémisphérique, et disposée en forme de calotte. La peau qui entoure cette croûte offre une teinte

rouge sombre dans une étendue de 4 à 5 millimètres. Entre cette auréole et l'érosion cachée sous la croûte existe une étroite zone de peau, disposée en bourrelet, d'un blanc jaunâtre, lisse, luisante et correspondant assez exactement à la base indurée de cette érosion. L'indolence est absolue. Les ganglions sous-maxillaires les plus voisins de l'angle de la mâchoire sont engorgés, et offrent tous les caractères des bubons syphilitiques : adénopathie primitive. — De chaque côté du cou, au-dessous de l'apophyse mastoïde, on constate aussi une légère adénopathie secondaire, correspondant à quelques syphilides opalines des amygdales et des piliers du voile du palais. Sur tout le corps s'est développée une syphilide polymorphe, érythémateuse et papuleuse. — Quelques papules croûteuses dans les cheveux; quelques papules humides sur la verge et les bourses. Dans le sillon balano-préputial existe une papule érosive de la grandeur d'un grain d'orge. Depuis quelques jours le malade est pris d'un peu de fièvre le soir, et est tourmenté chaque nuit par une céphalalgie assez intense pour l'empêcher de dormir. — *Traitement*: Cataplasme pour faire tomber la croûte; chaque jour une pilule de proto-iodure de 0,05 centigr.

21 février. — La croûte est tombée. Elle recouvrait une érosion sans bords, arrondie, de l'étendue d'une pièce de 1 franc, d'une coloration rouge chair musculaire et d'aspect vernissé. L'induration est parcheminée. Pansement avec la pommade au calomel.

6 mars. — La surface du chancre reste rougeâtre, non proéminente, légèrement parcheminée. Depuis quelque jours elle reste stationnaire. Attouchement au nitrate d'argent.

14 mars. — Amélioration notable; le chancre se cicatrise rapidement. Sa surface est sèche, rouge; son étendue n'est plus que celle d'une pièce de cinquante centimes. Tous les ganglions engorgés diminuent de volume.

28 mars. — Cicatrisation complète. Le malade sort de l'hôpital le lendemain. (Voir le moulage de la lésion dans la collection particulière du Dr Fournier, pièce n° 263.)

Observation VII. — Chancre infectant de l'aile du nez. — Adénopathie correspondante. — Syphilide papuleuse. — Adénopathie secondaire générale. = Étiologie inconnue.

La nommée G... (Madeleine), ménagère, âgée de 45 ans,

entre dans le service du Dr Fournier le 28 avril 1877, salle Saint-Thomas, n° 12, à l'hôpital Saint-Louis.

A l'âge de 3 ans, la malade eut une variole confluyente dont elle porte encore les cicatrices indélébiles au visage, au cou et à la poitrine. Depuis cette époque elle dit n'avoir jamais été malade. Mariée depuis longtemps elle a trois enfants vivants, dont le dernier a environ 5 ans. Elle affirme que son mari n'est pas malade, et assure sans pouvoir ou sans vouloir donner d'explication, que le *bobo* qu'elle a au nez n'est pas ce qu'on a l'air de penser.—Cependant, voici ce qu'elle raconte sur son début : Il y a environ 2 mois, elle s'est aperçue qu'elle avait en arrière de l'aile du nez, à droite, une petite écorchure, une sorte de petit bouton qu'elle tourmentait sans cesse. Ce bouton était alors absolument indolent, et, sans demander avis, elle se contenta d'y mettre un peu de fécule de pomme de terre. — Inquiète cependant de ne pas le voir guérir, elle alla au bout de 3 semaines passer quelques jours à l'hôpital Saint-Antoine dans un service de médecine. Là on ne put sans doute pas déterminer la nature de cette érosion tourmentée, si l'on en juge par le traitement : cataplasmes sur la lésion et aucun traitement interne. — Il y a 15 jours apparut sur tout le corps une éruption de taches rosées qui sont devenues extrêmement confluentes, et qui présentent aujourd'hui un type parfait de roséole papuleuse.

Actuellement, l'érosion du nez a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, est peu allongée, creuse et recouverte d'une petite croûte jaunâtre. — Ses bords sont assez nettement tranchés; par places, même, ils semblent légèrement à pic. Une zone assez étendue d'inflammation entoure l'ulcération de toutes parts, et présente une coloration rouge franchement inflammatoire. Les cicatrices de variole qui se trouvent au voisinage de l'ulcération paraissent d'un blanc plus tranché. — Quand entre deux doigts on saisit l'ulcération à ses deux points les moins envahis par l'inflammation périphérique, c'est-à-dire aux deux pôles situés à peu près sur la verticale, on sent que la base en est fortement indurée. — Les ganglions correspondants ou sous-maxillaires postérieurs sont volumineux, indolents et mobiles. — Quelques ganglions cervicaux sont engorgés. — Adénopathie inguinale, sans accidents du côté de l'an us, ni des parties génitales.

La malade quitte le service au bout de quelques jours à la suite d'une discussion avec son mari, qui était venu la voir.

Observation VIII. — Chancre infectant phagédénique de l'aile droite du nez, et chancre infectant simple de la commissure labiale gauche. — Adénopathie sous-maxillaire et præ-auriculaire gauches. — Adénopathie cervicale droite. — Roséole papuleuse. — Syphilides érosives génitales et anales.

Le nommé L.... (Louis), âgé de 46 ans, homme de peine dans un dépôt de chaux hydraulique, entre le 20 octobre 1877 dans le service du docteur Fournier, salle Saint-Louis, n° 42, à l'hôpital Saint-Louis.

Notre malade est un ancien militaire qui a fait 14 ans de service, tant en France qu'en Corse et en Algérie. Il fut pris plusieurs fois de fièvres qui se terminèrent rapidement par le moyen du sulfate de quinine. — Comme affections vénériennes, il eut seulement une blennorrhagie et une orchite en 1863. Pendant son séjour à Ajaccio, en 1865, il fut soigné d'une éruption boutonneuse, sans doute parasitaire, et qui se termina au bout de 8 jours après un traitement par des bains sulfureux et des bains de mer.

Actuellement, il se présente avec une lésion de l'aile droite du nez, dont l'origine remonte à environ 6 semaines. C'était d'abord un petit bouton, qu'il écorchait souvent et dont les croûtes se renouvelaient sans cesse. Peu à peu ce bouton tourmenté, et irrité par la poussière de chaux, se transforma en une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et se recouvrit d'une croûte brunâtre. Un ou deux cataplasmes d'amidon ont fait tomber cette croûte et ont mis à nu une surface ulcérée, partagée en deux moitiés à peu près égales par une scissure totale de la paroi nasale, sur une hauteur de 13 à 14 millimètres. De chaque côté de cette fente se trouve une surface saignante, sanieuse, rougeâtre, entourée d'une étroite aréole violacée et lisse, concentrique à une zone inflammatoire assez restreinte. La base de cette ulcération offre une induration chondroïde et nettement limitée. — A la commissure labiale gauche il existe une ulcération croûteuse grande comme une pièce de cinquante centimes.

Sous la croûte brunâtre est une surface légèrement saignante, de couleur chair musculaire, reposant sur base indurée, ayant

en un mot tous les caractères d'un chancre syphilitique typique.

A ces deux lésions correspondent des adénopathies qui peuvent sembler croisées, car à droite ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont petits, durs, indolents, mobiles, et à gauche c'est le ganglion præ-auriculaire qui est pris; mais ici, chose assez rare, et qui pourrait peut-être expliquer le phagédénisme de la lésion nasale, l'inflammation a été assez aiguë, quoique presque indolente, pour que ce ganglion ait atteint le volume d'une noix et offre une demi-fluctuation. — Adénopathie des ganglions cervicaux et inguinaux. — Sur la verge et le scrotum existent des syphilides papulo-érosives. — Deux syphilides anales; cà et là sur le corps on trouve les macules d'une syphilide papuleuse assez discrète.

Par le fait de ces deux chancres le malade est donc bien syphilitique, et on le met de suite au traitement. Mais comment les a-t-il contractés? Séparé de sa femme depuis 2 ans, il affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis au moins 15 mois. Cependant il ne peut certifier qu'un soir d'ivresse il ne se soit pas exposé à contracter directement ou indirectement une lésion de cette nature, bien qu'il n'en ait aucun souvenir. — Pourquoi maintenant le chancre du nez est-il devenu phagédénique plutôt que le chancre commissural, et pourquoi l'est-il devenu seul? Sans doute parce qu'il a été écorché souvent, et peut-être aussi parce qu'il fut irrité par le contact de la poussière de chaux entraînée vers la narine à chaque inspiration, danger que n'avait pas à craindre la lésion buccale, la crainte de la toux faisant fermer les lèvres devant toute poussière.

Le 1^{er} novembre, la lésion commissurale est presque cicatrisée. Le bubon præ-auriculaire est résorbé.

Le 15 novembre la lésion nasale est cicatrisée, mais l'aile du nez est fendue comme par un coup de ciseaux.

Le 23 novembre, syphilides buccales. — Le malade reste encore dans le service quelque temps sans autres accidents.

Observation IX. — Deux chancres indurés symétriques des joues. — Adénopathies correspondantes. — Roséole. — Syphilides papulo-érosives de la verge et des bourses. — Syphilides opalines de la bouche et de l'anus. — Viti-

ligo secondaire de la face, du cuir chevelu et du cou. — Étiologie inconnue.

Le nommé D..., mécanicien, âgé de 20 ans, entre le 21 mai 1876, salle Saint-Louis, n° 40, dans le service du Dr Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a environ 2 mois cet homme, qui avait porté toute sa barbe pendant l'hiver, se fit raser et constata la présence sur chacune de ses joues d'un gros bouton dur, qu'il avait déjà écorché souvent. Ces boutons situés symétriquement à environ 3 centimètres en dehors des commissures labiales se recouvraient incessamment de croûtes nouvelles, chaque fois qu'il en faisait tomber les anciennes. Au bout d'un mois, comme ces boutons ne guérissaient pas, comme il voyait se développer des grosseurs de chaque côté du cou en arrière de la mâchoire, et qu'il avait mal à la gorge, il se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, où il resta 8 jours. Il y a environ 3 semaines qu'il en est sorti. — Il affirme n'avoir jamais eu aucun bouton sur la verge, ni aucune affection vénérienne.

Etat actuel. — Sur chaque joue, à un pouce de chaque commissure labiale, se trouve un bouton plat, à peine saillant, indolent, à base rouge, fortement indurée, et recouvert de croûtes peu épaisses. L'induration de ces boutons est très-marquée, et donne la sensation d'un corps étranger dans la peau. — A chaque angle de la mâchoire existe un vrai bubon syphilitique, c'est-à-dire un ganglion de la grosseur d'une noisette, très-dur, indolent et mobile. L'augmentation de volume et l'induration des ganglions sus-hyoïdiens sont également très marquées, mais moins cependant qu'il y a quelque temps, nous dit le malade. — Sur les amygdales et la face interne des joues existent des syphilides opalines. — La syphilide érythémateuse occupe presque tout le corps, mais est surtout manifeste sur la poitrine et sur le ventre. — Quelques syphilides papulo-érosives sur les bourses et sur la verge, accompagnées d'un léger engorgement des ganglions inguinaux. — Traitement spécifique.

Le malade sort de l'hôpital le 28 juillet 1876 ; il est guéri des manifestations secondaires, mais il conserve encore au siège des accidents primitifs une induration notable.

Le 3 mars 1877, le malade rentra dans le service, au n° 25, pour des syphilides opalines intra-anales et buccales. On le

remet au traitement; il passe 8 jours dans la salle, et s'en va promettant de suivre son traitement et de revenir de temps en temps.

Le 23 juin il rentre de nouveau, au n° 43, mais cette fois pour un vitiligo secondaire des mieux caractérisés. Ça et là il nous montre à la face, au cou et jusque dans le dos, de larges plaques blanchâtres à bords arrondis. La peau y a pris une couleur rose tendre, presque blanche, qui tranche très-nettement sur les parties voisines. Car la teinte générale de la peau est plus foncée qu'auparavant, surtout à la limite des plaques, où il semble que le pigment noir des parties pâlies se soit accumulé en bordure. — Le cuir chevelu présente aussi quelques petites plaques; la peau en est aussi d'un rose très tendre, et les cheveux, qui y sont implantés, sont devenus tout à fait blancs. — Le 26 juin le malade sort volontairement.

Étiologie. — Chaque fois qu'il est rentré dans le service le malade a été soigneusement interrogé; jamais le mode de contagion n'a pu être précisé. On peut seulement supposer avec lui qu'en se grattant la barbe, il se sera un jour écorché la figure après avoir porté ses mains dans quelque endroit malpropre.

Observation X. — Chancre infectant du menton. — Adénopathie sous-maxillaire droite. — Syphilide papuleuse généralisée. — Étiologie : contagion par le biberon d'un enfant syphilitique.

La nommée M... (Antoinette), ménagère, âgée de 59 ans, entre le 27 juin 1877 dans le service du D^r Fournier, salle Saint-Thomas, n° 36, à l'hôpital Saint-Louis.

Cette femme, veuve depuis 12 ans, après 31 ans de ménage, ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Elle eut deux enfants : un garçon et une fille, qui sont âgés déjà et se sont toujours bien portés. — Au mois de janvier dernier, elle proposa à une jeune femme (de mœurs légères), alors en couches dans sa maison, de lui élever son enfant au biberon. Cet enfant, nous dit-elle, était magnifique. Elle le prit donc, et le fit boire au biberon qu'elle amorçait toujours avant de le lui donner. A l'âge de 6 semaines, vers le milieu de mars et dans l'espace d'une huitaine de jours, ce bel enfant fut complètement

couvert de *bobos*. « Il n'était que plaie. » Sa bouche fut tapissée de macules blanches; son nez coulait; sa lèvre supérieure et son menton se couvrirent d'une teinte bleuâtre, « comme si on lui eût rasé de frais la moustache et la barbiche ». Sur tout le corps, il avait des rougeurs, des boutons, qui s'ulcéraient, des plaies qui suppuraient. 10 jours après le début de ces accidents, l'enfant mourut. Jusqu'au dernier moment, notre malade n'avait pas cessé de lui prodiguer les plus grands soins.

Au milieu d'avril, 3 semaines environ après la mort de l'enfant, notre malade, tourmentée depuis quelque temps par des maux de tête et des courbatures dont elle cherchait vainement la cause, s'aperçut qu'elle avait un petit bouton de fièvre au bas de la lèvre inférieure au niveau de la dépression sus-mentonnière. Ce bouton ne l'inquiétait pas; elle l'écorchait souvent et n'y voulait rien faire. Ses enfants, à la fin, voyant que ce bouton ne guérissait pas, l'ont amenée à l'hôpital.

Actuellement, cette femme qui, bien que sexagenaire, paraît encore assez vigoureuse, porte au-dessus du menton, sur la ligne médiane, un gros bouton, large comme une pièce de 1 franc, recouvert d'une croûte brunâtre, ecthymateuse, entouré d'une zone inflammatoire assez étroite, et reposant sur une base fortement indurée. Au-dessous du maxillaire inférieur à droite, on constate la présence d'un ganglion dur, indolent et roulant sous le doigt. — Sur tout le corps on trouve les traces persistantes d'une syphilide papuleuse généralisée, déjà ancienne. — Traitement spécifique à l'intérieur. On fait tomber la croûte du chancre par des cataplasmes; pansement avec l'emplâtre de Vigo; cicatrisation rapide.

L'étiologie, nous la connaissons par le simple récit de la malade. Ce biberon qu'elle amorçait toujours avant de le donner à l'enfant, a été l'instrument de la contagion, l'intermédiaire entre les syphilides buccales de l'enfant et les lèvres de notre malade. Maintenant, pourquoi ce chancre s'est-il développé à la base de la lèvre inférieure, sur une surface cutanée et dure, plutôt que sur la muqueuse tendre de l'une des lèvres; c'est que le jour de la transmission, il y avait peut-être là une érosion, une écorchure, une porte ouverte à la syphilis, quand il n'y en avait pas sur les lèvres.

Observation XI. — Chancre infectant du cou. — Adénopathie correspondante. — Roséole papuleuse. — Syphi-

lides amygdaliennes et buccales. = Étiologie : baisers d'une femme suspecte.

Dans les premiers jours de juin 1859, écrit M. Fournier, je fus consulté par un jeune homme de 22 ans, vierge jusqu'alors de tout accident vénérien, et se croyant affecté d'un « furoncle au cou ». Ce prétendu furoncle datait déjà de 3 à 4 semaines et semblait « ne pouvoir aboutir à se fermer ». Une circonstance particulière inquiétait de plus le malade et l'avait engagé à consulter un médecin, c'est que ledit clou s'était produit juste en un point qui, quelque temps auparavant, « avait été mordu dans un transport amoureux par une femme assez suspecte ». — Examen fait, je ne trouvai dans la lésion qui m'était présentée rien moins que les caractères du furoncle. Cette lésion, qui siégeait sur la partie latérale du cou, à 5 ou 6 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, consistait en une érosion ovalaire, de la largeur de l'ongle, papuleuse, à bords élevés, à fond rouge, de teinte chair musculaire, à base fortement résistante et offrant au doigt cette dureté sèche, élastique, chondroïde, qu'il est impossible de confondre avec la dureté inflammatoire ou l'empâtement oedémateux. Par ces divers attributs elle rappelait exactement l'aspect de certains chancres syphilitiques, notamment de cette variété de chancres cutanés de forme papuleuse, dits chancres en médaillon. De prime-abord, en conséquence, je soupçonnai un chancre, malgré le siège bizarre de l'accident. Et bientôt je fus confirmé dans cette vue en rencontrant à quelques centimètres au-dessous de la lésion un ganglion gros comme une noisette, dur, indolent, aphlegmasique à la façon des adénopathies qui accompagnent les chancres syphilitiques. D'après ces divers signes, je me crus en droit de formuler un diagnostic précis ; et, avec la réserve que comportait la singularité de l'accident, j'annonçai au malade que ce qu'il croyait être un furoncle n'était pas un furoncle à coup sûr, et qu'il y avait de grandes probabilités au contraire pour que ce fût un chancre. Au cas, ajoutai-je, où mon jugement serait fondé, des accidents secondaires ne devraient guère tarder à se produire, et cela dans l'espace de quelques semaines.

Traitement : pansement avec pommade au calomel ; bains ; hygiène.

Le 15 juin, je revois le malade. Il n'a pu retrouver la femme

dont il tient la contagion, mais il a tout lieu de croire, d'après les renseignements qui lui sont parvenus, que cette femme est affectée de syphilis. — La lésion du cou commence à se réparer; cicatrisation vers les bords; base toujours indurée, donnant au doigt la sensation d'un disque de parchemin. — Même état du ganglion.

Le 27 juin, cicatrisation complète de la lésion du cou; la cicatrice est d'un rouge foncé, brunâtre. Induration persistante.

De plus, comme je l'avais prévu, explosion de phénomènes secondaires non douteux : sur le tronc, roséole papuleuse, encore peu confluente. — Douleur de gorge sans lésion apparente. — Un petit ganglion cervical dans la rainure du trapèze, à droite. — Malaise général.

Traitement mercuriel.

Le 4 juillet, roséole papuleuse en plein épanouissement. — Croûtes du cuir chevelu.

Le 14 juillet, syphilides érosives des amygdales.

En octobre, novembre et décembre, plusieurs récidives de syphilides buccales. — Mais je passe outre sur les détails consécutifs de la maladie qui n'ont plus trait au sujet actuel. Les accidents sus-mentionnés suffisent pleinement à légitimer la nature de la lésion originelle.

Observation XII. — Chancre infectant du cou. — Ganglion satellite. — Syphilide papuleuse généralisée. — Syphilides de la vulve. — Plaques opalines des amygdales. = Étiologie : non avouée, mais sans doute la même que pour l'observation qui précède.

Un second exemple de chancre cervical m'a été offert, écrit M. le Dr Fournier, par une jeune malade de Lourcine. Mon distingué collègue et ami, le Dr Blachez, en put faire avec moi l'observation.

La malade était venue trouver M. le Dr Blachez, pour « un bouton du cou », qui datait de quelques semaines et tardait à se cicatriser. Ce prétendu bouton, à l'époque où je l'examinai pour la première fois, était un type accompli de chancre syphilitique et se présentait sous l'aspect suivant :

Au niveau de la moitié droite du cou, latéralement et à la

hauteur de la cinquième vertèbre cervicale environ, existe une érosion ovulaire de forme, à grand diamètre horizontal, offrant les dimensions de l'ongle. Cette érosion est légèrement exhaussée à sa circonférence qui dessine une sorte de couronne en relief, et bordée par une aréole de 1 à 2 millimètres, de ton rouge violacé. De sa circonférence elle descend en pente douce vers les parties centrales, de façon à affecter la forme d'une cupule. Le fond en est uni, lisse, et comme verni. Dans sa zone périphérique elle offre une teinte rouge, rappelant exactement la coloration de la chair musculaire. Vers ses parties centrales, elle prend au contraire une teinte d'un blanc grisâtre, lardacée, due à une sorte d'enduit adhérent qu'on ne peut détacher ni par le lavage, ni par le frottement avec un pinceau de charpie. Pressée entre les doigts d'un de ses bords à l'autre, cette lésion offre au plus haut degré la sensation dite induration parcheminée. Elle semble véritablement doublée d'une mince lamelle de parchemin.

A son voisinage existe un ganglion engorgé, et ce ganglion, moyen de volume, comparable à une noisette, se présente dur, indolent, aphlegmasique.

Nul phénomène de syphilis secondaire n'existe encore sur la malade. La vulve est saine; aucune autre lésion suspecte ne se présente à notre examen.

L'aspect de la lésion du cou était si caractéristique, je le répète, qu'un doute n'était pas permis. Très sûrement, nous étions en présence d'un chancre syphilitique de la région cervicale. Tel était d'ailleurs le diagnostic porté par M. Blachez, et je partageai de tout point son opinion. Restait à savoir comment ce chancre était venu s'implanter sur un siège aussi insolite. Les réticences ou les dénégations de la malade à toutes nos questions ne nous permirent pas d'élucider ce dernier point.

Toujours est-il que le diagnostic ne tarda pas à être confirmé par l'évolution ultérieure. Quelques semaines ne s'étaient pas écoulées que la jeune malade présentait une syphilide papuleuse des plus évidentes. Plus tard, des papules muqueuses se produisirent sur la grande lèvre. Plus tard encore, il se fit une récurrence de syphilides à la vulve, en même temps qu'une éruption de plaques opalines sur les amygdales.

Une reproduction en cire de ce chancre cervical, très-habilement exécutée par M. Jumelin, se trouve actuellement à l'hôpital Saint-Louis (Collection particulière, pièce n° 153).

Observation XIII. — Chancre infectant du cou. — Ganglions satellites. — Roséole. — Syphilides papulo-érosives confluentes de la vulve et de l'anus. — Syphilides labiales. — Étiologie : baiser d'une nourrice sèche.

Au milieu du mois de juin 1877 (Voir *Observ. III*) madame X... amenait sa petite fille chez le Dr Fournier. Cette enfant, âgée de 22 mois, était envoyée par un confrère comme récemment atteinte d'une « mauvaise maladie ». Elle présentait au côté gauche du cou, à quelques centimètres au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde, une petite macule, une sorte de tache, d'un rouge brun, grande comme une lentille, offrant l'aspect innocent de ce qu'on nomme vulgairement « un grain de beauté. » La mère toutefois s'en était tourmentée, car cette tache avait été le siège d'un bouton, qui avait mis plus de 2 mois à ce cicatriser. A la base on ne trouvait alors aucune résistance, aucune dureté, rien de ce qui rappelle la sensation d'un disque du parchemin ; la peau, souple dans toute son épaisseur, semblait indemne de tout accident syphilitique. Il n'en était plus de même à l'examen soigneux de toute la région ; la palpation faisait constater la présence de trois ganglions accusateurs au-dessous de l'apophyse mastoïde : une véritable pléiade syphilitique avec tous ses caractères. On pouvait donc déjà supposer (et la suite ne l'a que trop démontré) que ce bouton du cou avait été un petit chancre papuleux, à induration foliacée et fugitive, n'ayant laissé comme traces de son passage qu'une macule cicatricielle, et un bubon primitif et persistant. Le mal était connu ; quelle en était la cause ?

Étiologie. — Au mois de septembre 1876 madame X... avait pris à son service comme nourrice sèche, la nommée Anna L..., âgée de 45 ans, femme veuve depuis plusieurs années et pourvue des meilleurs renseignements. Un mois après son entrée dans la famille, cette femme fut atteinte, pendant un voyage à la campagne, d'une éruption légère de la peau et de maux de gorge assez persistants. Un médecin de l'endroit fut consulté ; il prescrivit du sirop de Gibert à la malade, et lui recommanda devant la famille de ne pas embrasser l'enfant. On s'inquiéta trop peu de cette recommandation, et soit par une commisération mal placée, soit par un faux intérêt pour la petite fille,

qui était fort bien soignée, on garda la bonne malgré sa maladie. » Une seule fois, disait-elle, au docteur consulté avant M. Fournier, j'ai négligé l'ordre donné, et c'est au point juste où j'ai embrassé l'enfant au commencement du mois de mars que s'est montré plus tard le mauvais bouton. » Cette femme est venue passer quelques jours à l'hôpital Saint-Louis vers la fin de juin 1877 pour y être examinée; on put constater sur elle diverses manifestations évidentes d'une syphilis récente, mais il fut impossible de lui faire avouer ni de découvrir le siège de l'accident primitif.

Le 15 juin, l'enfant était couverte d'une roséole érythémateuse des plus caractéristiques.

Le 20 juin, elle présentait déjà des syphilides papulo-érosives confluentes de la vulve, et des plaques opalines des lèvres.
— Traitement spécifique.

Le 15 juillet, les plaques vulvaires sont beaucoup diminuées, mais les plaques opalines des lèvres persistent, et il en existe maintenant tout autour de l'anus.

Le 6 août, constatation du chancre induré de l'amygdale chez la mère de l'enfant. (Voir *Observation III.*)

Le 17 août, les plaques anales de l'enfant sont hypertrophiques.

Observation XIV. — Chancre de l'oreille. — Ganglions satellites. — Roséole. — Syphilides scrotales. — Plaques opalines des amygdales.

Le nommé Mar..., tonnelier, âgé de 21 ans, se présente le 3 novembre 1877, dans le service du Dr Fournier, salle Saint-Louis, n° 57, à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme certifie n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. — Par sa profession, il est exposé à boire assez souvent, mais il dit que depuis quelque temps il ne supporte plus le vin, ni l'alcool. — Depuis environ 3 mois il a le corps couvert de boutons, dont le plus grand nombre sont aujourd'hui à l'état de taches grandes comme de fortes lentilles et ont une couleur brunnâtre. Ces boutons lui auraient provoqué, nous dit-il, de fortes démangeaisons, surtout dans le dos. Sur les épaules et un peu dans le dos on trouve en effet un certain nombre de boutons écorchés et de coups d'ongles, aisément expliqués du reste par

une phthiriasse intense. Mais pourquoi ces boutons ne sont-ils pas tous également prurigineux? — Un d'entre eux dont l'origine remonte au début de l'éruption parasitaire, c'est-à-dire à environ 3 mois, a suivi une marche tout à fait différente des autres; il s'est régulièrement développé, pendant que les autres se seraient successivement effacés. Situé à gauche, au devant de l'oreille, en arrière de la branche montante du maxillaire, immédiatement à la base du tragus, ce bouton écorché fréquemment s'est peu à peu transformé en une grande ulcération de forme ovale, à grand diamètre vertical et offrant environ les dimensions d'une amande. Sous une croûte brunâtre, palissandre, à fleur de peau, et que l'on fait tomber au moyen d'un cataplasme, on trouve un chancre syphilitique des mieux caractérisés par son aspect chair musculaire, piqué de sang veineux, par sa petite couenne grisâtre adhérente, presque centrale, mais un peu rapprochée de la base du tragus; par son aréole violacée, par sa zone inflammatoire très-étroite et sa base indurée, chondroïde, élastique, très bien limitée au-dessous de la lésion. — Sous l'apophyse mastoïde correspondante on trouve plusieurs ganglions un peu engorgés, durs et indolents, une véritable pléiade; de plus les ganglions trapézoïdiens gauches, sous-maxillaires et inguinaux des deux côtés, sont également atteints. — Depuis 5 semaines le malade porte au scrotum des syphiliides papulo-érosives encore humides. — Depuis une quinzaine de jours il souffre de la gorge en mangeant; on trouve sur ses amygdales des plaques opalines des plus évidentes.

L'étiologie a été impossible à préciser. Il est seulement probable qu'un bouton ou une écorchure ont été au début de la phthiriasse la porte d'entrée de la syphilis. Mais, d'après les vagues renseignements obtenus, il ne nous est pas permis de dire si la contagion a été directe ou indirecte. — Pour la roséole, le malade n'a pas pu s'en apercevoir; sa forme papuleuse l'a fait confondre avec l'éruption parasitaire.

Observation XV. — Chancres infectants phagédéniques des seins. — Ganglions axillaires pris. — Roséole. — Rupia syphilitique précoce. = Étiologie : nourrisson malade.

La nommée N... (Louise), femme mariée, nourrice, âgée de

28 ans, entre le 28 juin 1877, dans le service du docteur Fournier, salle Saint-Thomas, n° 26, à l'hôpital Saint-Louis.

La malade a toujours joui jusqu'ici d'une bonne santé. — Aucun antécédent héréditaire, ni personnel de tuberculose, ni de scrofule. — Anémie profonde par suite de grossesses successives, et d'allaitement prolongé.

Mariée il y a 4 ans, elle eut deux enfants en 30 mois. Le dernier naquit le 1^{er} janvier 1876. Tous deux sont bien portants, et ont été allaités par leur mère. — En même temps que son second enfant, elle prit un nourrisson qu'elle rendit en bonne santé, le 25 avril dernier, pour reprendre un nouveau nourrisson qui devait lui donner la syphilis.

Ce second nourrisson, né le 25 mars 1877, avait été confié en naissant à une première nourrice, qui ne le garda qu'un mois. C'est le 25 avril que notre malade fut cherchée par la mère dans un bureau de nourrices. De la tête à la ceinture l'enfant offrait alors l'aspect de la plus parfaite santé, mais de la ceinture aux pieds il était couvert de rougeurs, de boutons enflammés et suppurants ; çà et là, sur les fesses, les cuisses et au pied droit se montraient des traces grisâtres grandes comme des pièces de 5 centimes. — Aux observations que fit notre malade sur la nature de ces lésions, il fut répondu que la première nourrice, sale et ivrognesse, avait mal soigné l'enfant. Satisfaite de cette réponse elle partit avec l'enfant pour S..., où elle habite avec son mari et ses propres enfants.

Tout alla bien durant une semaine, mais dès les premiers jours de mai, l'enfant commença à avoir mal à la bouche. — Vers le 14 un médecin consulté, reconnut aussitôt la syphilis, défend à la nourrice de redonner le sein, et prescrit pour l'enfant un traitement mercuriel. Malgré cela l'état de l'enfant s'aggrave rapidement : la bouche devient plus malade, les plaques grisâtres des fesses et des membres inférieurs s'ulcèrent, se creusent à y mettre le doigt. Le 18, la nourrice ramène l'enfant à sa mère ; on va chez le professeur Ricord : il ne put, hélas ! que constater chez l'enfant une syphilis irrémédiable, et annoncer à la nourrice la prochaine manifestation du mal qu'elle possédait déjà sans s'en douter. L'enfant mourut dans la nuit du 18 au 19 mai.

Le 6 juin apparaissent trois boutons sur le sein gauche au niveau du mamelon, et deux sur le sein droit vers le point correspondant. Le 19 elle revient à Paris et retourne avec son mari

chez le docteur Ricord. Notre maître diagnostiqua : *chancres infectants des deux mamelons, adénopathies axillaires symptomatiques* ; et prescrivit le traitement spécifique.

28 juin. *État actuel* : Les chancres durs (chose rare et que l'on pourrait peut-être attribuer à l'état profondément anémique de la malade) sont devenus phagédéniques. Ils se sont fondus, ont formé au-dessus de chaque mamelon une ulcération profonde et symétrique, en forme de croissant à cornes inférieures. A la partie la plus déclive le mamelon est comme relié aux parties saines par une sorte d'isthme légèrement enflammé. — La zone inflammatoire est très large en bas et surtout en dedans, assez étroite en haut. Dans sa grande courbure le bord de l'ulcération se relève assez rapidement en remblai de dehors en dedans, puis est tout à coup creusé à pic en dedans, et peut atteindre là une profondeur de 1 centimètre. Au sein gauche le fond de l'ulcération est un peu plus profondément situé qu'au sein droit. Leur aspect commun est en général blafard ou grangréneux. Traitement général : 2 grammes de proto-iodure d'hydrargyre par jour ; — traitement local : cataplasmes les deux premiers jours, puis pansement avec la pommade à l'iodoforme.

Le 4 juillet, les ulcérations ont déjà meilleur aspect.

Le 15 juillet, roséole assez discrète. — Les ulcérations ressemblent à des plaies de bonne nature en voie de cicatrisation.

La malade quitte le service à la fin de juillet ; ses chancres sont complètement cicatrisés.

Vers la fin du mois d'août elle rentra dans le service de M. le docteur Guibout, salle Henri IV, n° 61, à l'hôpital Saint-Louis. Elle portait alors à la face quelques petites plaques de rupia syphilitique qui ne firent que s'étendre et se multiplier par la suite sur différents points du corps.

Les lésions phagédéniques des seins, et le rupia de la face ont été l'objet de deux habiles reproductions en cire de M. Barretta. On les trouvera toutes deux dans la collection de l'hôpital Saint-Louis, la première au n° 469 et la seconde au n° 479.

Observation XVI. — Chancre de l'abdomen. — Ganglion satellite sous-pectoral. — Roséole papuleuse. —

Syphilide uréthrale à base indurée. — Adénopathie secondaire.

Le nommé H... (Adolphe), âgé de 25 ans, entre le 19 mai 1877 dans le service du D^r Fournier, salle Saint-Louis, n° 28 (hôpital Saint-Louis).

Cet homme, d'apparence robuste, a des habitudes alcooliques, et semble peu soigneux de lui-même. Il entre avec une syphilide papuleuse généralisée, déjà en voie d'effacement, mais qui paraît avoir été papulo-croûteuse sur divers points. Sur le dos de la verge on trouve la macule cicatricielle d'une érosion, dont le fond, au dire du malade, était rougeâtre et humide. Cette macule, grande comme une pièce de 20 centimes, repose sur une base élastique, parcheminée, aisément appréciable entre deux doigts, et tout à fait semblable à cette induration foliacée que l'on voit persister si longtemps sous la cicatrice de la plupart des chancres indurés. Aux deux aines les ganglions correspondants sont durs, mobiles, aphlegmasiques, et présentent en un mot tous les caractères de la pléiade satellite du chancre syphilitique.

Malgré cette explication satisfaisante sur le lieu d'inoculation du mal, l'attention fut cependant attirée dès le premier jour par la présence au-dessous de l'ombilic d'une petite croûte brunâtre, grande comme une lentille, et entourée d'une zone inflammatoire très-étroite. Le malade, interrogé à ce sujet, répond que c'est « un clou » qui lui est venu probablement depuis peu de jours, et ajoute même qu'il en a souvent; ce qu'expliquent aisément ses libations fréquentes. — Abstraction faite de cette diathèse furonculaire, le malade est bien certainement syphilitique, du fait de sa roséole évidente et de sa pléiade bi-inguinale, dû fait enfin de son induration sous-cicatricielle de la verge; aussi le met-on de suite au traitement spécifique.

Mais, vers le 1^{er} juin, un matin, à la visite, le malade se plaint que « son clou, » qu'il a écorché souvent, est un peu agrandi, suppure légèrement et est devenu bien plus douloureux que par le passé. On examine alors attentivement la lésion, et sous une croûte brune, ecchymateuse, grande comme une pièce de 50 centimes, on trouve une ulcération, de surface vernissée, brillante, de couleur rougeâtre chair musculaire vers ses bords et d'un gris lardacé à son centre, le tout piqueté ou

plutôt moucheté d'une dizaine de petits points rouges très-foncés. Autour de cette ulcération existe une sorte de remblai violacé, lie-de-vin, large de 3 à 4 millimètres, qui se fond doucement avec la cupule centrale, et se termine au contraire d'une façon assez brusque à la périphérie sur une zone inflammatoire d'environ 2 centimètres. Si on cherche à détacher des parties profondes cette surface ulcérée, on éprouve entre les doigts la sensation d'un disque élastique, chondroïde; on a exactement comme sous la macule cicatricielle de la verge la perception d'une induration syphilitique. Un ganglion satellite est situé sur le bord externe du grand pectoral, à 2 centimètres environ au-dessus et en dehors du mamelon.

Où était donc l'accident primitif? Les caractères de la lésion abdominale ne permettaient plus un doute, et le malade rétablissait lui-même l'ordre des faits en se rappelant que le prétendu clou de l'abdomen avait précédé de beaucoup l'éruption, tandis que l'ulcération uréthrale l'avait accompagnée, sinon suivie. — Mais que faire de l'induration uréthrale et de l'adénopathie inguinale? Pour l'induration, on doit se souvenir qu'elle n'est pas le monopole du chancre; elle peut très-bien accompagner une papule humide, une syphilide érosive; c'est, comme l'écrit M. Fournier: « une lésion, une production pathologique constituant un élément commun à diverses manifestations de la « diathèse. » Elle n'est pas très-commune, mais on la rencontre encore assez souvent dans les services spéciaux.

La bizarrerie du siège, la duplicité des symptômes, l'inexactitude des premiers renseignements, telles sont les raisons qui nous ont engagé à exposer cette observation de chancre de l'abdomen, dont la pièce moulée très-exactement par M. Baretta se trouve à l'hôpital Saint-Louis (Coll. particulière, n° 33).

Observation XVII. — Chancre induré de l'index droit. — Syphilides érosives du gland; syphilides opalines confluentes du palais, des amygdales et de la langue. — Adénopathies multiples. — Épididymite secondaire double. — Étiologie: contagion directe de nature vénérienne.

Le nommé Jour..., âgé de 23 ans, employé de chemin de fer, entre le 6 novembre 1876 dans le service du Dr Fournier, salle Saint-Louis, n° 53, à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a 5 mois, c'est-à-dire, dans les premiers jours du mois de juin, le malade, ayant une écorchure à l'index droit, s'exposa « dans un but érotique » à contracter par cette écorchure une affection contagieuse. C'est seulement vers le milieu de juillet, nous dit-il, qu'il remarqua le développement et l'aspect ulcéreux qu'avait pris son écorchure. Elle avait atteint le diamètre d'une pièce de 1 franc et s'était creusée, ajoute-t-il, au point d'atteindre presque l'os. Le malade, effrayé, alla alors consulter à Lariboisière le Dr Tillaux, qui diagnostiqua un chancre du doigt, et institua immédiatement un traitement anti-syphilitique. Il y a de cela environ 3 mois; le traitement ne fut continué que pendant 6 semaines.

Actuellement, le chancre est complètement guéri. Depuis 5 semaines qu'elle est formée, la cicatrice a conservé une couleur brune, et une induration caractéristique. L'adénopathie primitive de l'aisselle droite est assez marquée, mais beaucoup moins que les adénopathies inguinales et cervicales, correspondant les unes à des syphilides érosives du gland et du prépuce; les autres à des syphilides érosives et opalines du palais, des amygdales et de la langue. — On constate de plus une épидидymite secondaire double.

On lui applique le traitement spécifique. Au bout de quelques jours seulement, il s'en va sur sa demande et à peu près dans le même état qu'au moment de son entrée.

Observation XVIII. — Chancre infectant du médius gauche avec adénopathies axillaire et épitrochléenne correspondantes. — Roséole. — Syphilides buccales. — Adénopathies sous-maxillaires et sous-mastoïdiennes. = Étiologie : contagion directe de source vénérienne.

Le nommé Sch..... (Jean), maçon, âgé de 28 ans, entre le 14 juillet 1877 dans le service du Dr Fournier, salle Saint-Louis, n° 24, à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme s'est toujours bien porté jusqu'à présent et affirme n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Au commencement du mois de mai dernier il s'écorcha avec un clou le médius gauche au niveau de la racine de l'ongle. Cette écorchure insignifiante s'envenima peu à peu au contact du ciment qu'il travaillait alors, et allait probablement devenir un panaris

anthracôïde, quand, nous dit-il, « il introduisit son doigt malade dans un endroit suspect. » A partir de ce moment (du 15 au 20 mai), son panaris devint stationnaire. Son doigt, légèrement tuméfié et un peu douloureux, était d'une teinte grisâtre, quand tout à coup, vers le milieu de juin, la peau devint rouge violacé; la plaie s'exulcéra de nouveau, et le fond en prit la couleur chair musculaire. Chaque jour il enlevait de cette ulcération une croûte brunâtre qui se produisait régulièrement. A ce moment il éprouva une grande courbature; il avait des maux de tête qui l'empêchaient de dormir; il avait de violentes douleurs dans le creux axillaire gauche. Malgré tout cela, il continua son travail; et c'est seulement il y a 3 jours qu'il vint demander conseil à la consultation. Là, il apprit de M. le Dr Vidal qu'il avait un chancre syphilitique du doigt, ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Le malade présente un chancre croûteux à la face dorsale du médius gauche. Ce chancre, qui est de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, occupe l'espace intermédiaire entre la racine de l'ongle qu'il contourne et l'articulation phalangienne. La croûte détachée laisse à nu une surface érosive, à fond légèrement bombé, de teinte chair musculaire, à base dure et un peu élastique. — Les ganglions épitrochléens correspondants sont gros comme des noyaux de cerises, durs, indolents, mobiles, aphlegmasiques. — Le malade se plaint d'avoir encore un peu de douleur dans l'aisselle et le haut du bras. On y constate en effet la présence d'un cordon dur aboutissant à un bubon syphilitique du creux axillaire, c'est un peu de lymphangite symptomatique. Céphalalgie intense tous les soirs. — Traitement spécifique. Sur le chancre, pommade au calomel.

1^{er} août. — Le chancre devient rougeâtre, rosé, comme une plaie simple. L'ongle semble vouloir se décoller de sa base.

10 août. — La périphérie du chancre s'entoure d'une fine collerette grisâtre. L'ongle est décollé entièrement à sa base.

14 août. — L'ongle tombe, et laisse voir à moitié réparée la portion de la matrice de l'ongle qui avait été un peu exulcérée. La marche centripète de la cicatrisation se fait rapidement.

18 août. — On commence à apercevoir sur tout le corps une roséole érythémateuse naissante. — Le chancre est cicatrisé tout à fait. — Maux de gorge et syphilides opalines de la bouche. — Adénopathie cervicale et sous-maxillaire.

Le malade quitte bientôt le service, et doit continuer à se soigner chez lui.

Le 27 novembre il vient à la consultation pour nous montrer son doigt. L'ongle n'est pas repoussé, mais la surface unguéale est couverte d'une sorte de croûte jaune, dure, mamelonnée, et limitée à sa périphérie par un sillon profond, rougeâtre, et sécrétant un liquide sanieux et puant. — Il se plaint en outre de souffrir depuis une quinzaine de jours d'une douleur partant des trois derniers doigts de la main gauche et s'irradiant tout le long du bras, suivant un trajet qui nous paraît celui du nerf cubital.

Observation XIX. — Chancres indurés de la région trochantérienne. — Syphilides papuleuses multiples. — Syphilides papulo-érosives péri-anales. — Alopécie. — Étiologie : contagion directe extra-vénérienne.

Le nommé M....., fumiste, âgé de 19 ans, entre le 8 juillet 1876, salle Saint-Louis, n° 55, dans le service du Dr Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Ce garçon raconte qu'au mois de février dernier, — un mois après s'être exposé à contracter une affection contagieuse, — il s'est aperçu qu'il avait à la partie externe et supérieure de la cuisse gauche un bouton dur, non douloureux, se recouvrant de croûtes brunes. Vers le 15 mars, ces croûtes qu'il enlevait souvent ont cessé de se reproduire, et le bouton a guéri tout seul. — Ce garçon affirme en outre que jusqu'ici il n'a jamais eu aucune affection vénérienne.

Actuellement, on constate au niveau du grand trochanter gauche la présence d'une sorte de plaque cicatricielle, régulièrement arrondie, et présentant à peu près la dimension d'une pièce de 5 francs en argent. — Au centre et dans l'étendue d'une pièce de 1 franc, cette plaque est lisse et blanche comme un tissu purement cicatriciel. Tout autour de cette partie centrale se trouve une zone d'un rouge sombre, où la peau est un peu tuméfiée. La base de cette plaque est encore assez indurée. — Les ganglions correspondants, c'est-à-dire les ganglions les plus externes de l'aîne gauche sont encore considérablement tuméfiés. — A droite, l'engorgement ganglion-

naire est simplement secondaire et bien moins manifeste. — Le malade dit n'avoir jamais eu de rougeurs sur la peau, mais il porte sur différents points des syphilides papuleuses, et autour de l'anus des syphilides papulo-érosives qui datent de 3 mois. — De plus, il dit avoir perdu depuis 2 mois et perdre encore beaucoup de cheveux.

Etiologie. — Notre malade ne savait que trop bien l'origine de son mal et l'on va voir que cette contagion peut bien être appelée extra-vénérienne. Il avait eu au moins de janvier pour compagnon de lit un malheureux garçon atteint d'une éruption de syphilides papulo-érosives ou ulcéreuses du gland, compliquée d'un énorme paraphimosis. Son voisin tout souffrant se retournait souvent, et le touchait parfois. Lui qui ne redoutait qu'à moitié le mal de son voisin, se grattait cependant quand il se sentait touché. En se grattant ainsi il s'écorchait l'épiderme; que pouvait-on faire de mieux pour faciliter l'inoculation ?

III

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

2^e Partie) (Suite).

SECTION II.

Considérations sur les formes symptomatiques des syphiloses cérébro-spinales précoces.

En présence de résultats si contraires aux idées généralement reçues, on doit rechercher avec soin quelles sont les particularités cliniques que présentent ces sortes de syphiloses. Diffèrent-elles comme symptômes de celles qui surviennent à une période plus avancée de la syphilis? Leur ressemblent-elles? Quelles sont leurs lésions anatomiques? Quel est leur pronostic? A quel traitement faut-il les soumettre?

Telles sont les principales questions qu'il faut se poser. — Voyons si l'examen des faits nous permettra d'y répondre.

I.

Le caractère prédominant des syphiloses cérébro-spinales c'est la complexité et la diffusion des phénomènes. Aussi est-il difficile de les soumettre à une classification rigou-

reuse. Rarement, en effet, la formule symptomatique reste la même depuis le début jusqu'à la terminaison. Quelquefois la lésion se borne à la paralysie d'un seul muscle ; d'autres fois, toutes les fonctions nerveuses sont atteintes en même temps ou l'une après l'autre.

Les prodromes qui précèdent pendant un temps plus ou moins long l'invasion des accidents nerveux, ne font presque jamais défaut. Ils sont, en général, presque toujours les mêmes pour toutes les formes symptomatiques des syphiloses, et leur constante uniformité contraste avec le nombre infiniment varié des névropathies dont ils font présager l'imminence.

Les divisions les plus simples sont les meilleures. Elles doivent se baser sur le siège qu'occupent les lésions, dans l'axe cérébro-spinal, sur la nature des fonctions qui sont troublées ou abolies : musculaires, sensitives, sensorielles et psychiques ; sur le mode symptomatique, c'est-à-dire sur la façon dont elles sont troublées ou abolies ; et enfin sur le groupement de certains symptômes, qui constitue comme une formule, à l'aide de laquelle on devine le siège de la lésion, etc., etc.

Cérébropathies, myélopathies ; cérébro-myélopathies ; — troubles du mouvement, de la sensibilité, des sens et des phénomènes psychiques ; — dépression ou excitation fonctionnelles, c'est-à-dire paralysies, convulsions, contractures ; — et enfin associations phénoménales, telles que l'aphasie et l'hémiplégie droite : voilà quelles sont les grandes localisations, les formes symptomatiques, les syndromes les plus communs des déterminations de la syphilis sur le névraxe.

Ce n'est pas ici le lieu de dissenter plus longuement sur ces généralités, dont il ne faut prendre strictement que ce qui nous est nécessaire. Sous les chefs sus-indiqués peuvent se ranger tous les cas, et cela doit nous suffire.

II.

Dans les syphiloses cérébro-spinales précoces, le névraxe peut être touché sur tous les points de son étendue. Aucun foyer d'innervation, aucune branche nerveuse ne possèdent d'immunité contre les atteintes de la syphilis. Toutes les formes, toutes les associations possibles des accidents nerveux se rencontrent dans les premières phases de la syphilis.

Pénétrons dans les détails, et voyons quelles sont, parmi ces syphiloses, celles qui occupent le premier rang comme fréquence.

Dans les 12 observations qui me sont personnelles, la moelle épinière n'a été primitivement et exclusivement frappée que chez un seul malade, au douzième mois de la syphilis; — chez un autre, celui qui fait l'objet de l'observation IV de ce mémoire, la myélopathie s'est déclarée le neuvième mois, après deux attaques antérieures d'encéphalopathie. Tout le névraxe a été envahi et le malade a succombé.

Les affections de la moelle épinière sont donc beaucoup moins communes que les affections de l'encéphale.

Parmi ces dernières, celle qui s'est produite le plus fréquemment, c'est l'encéphalopathie, dans laquelle la paralysie de tout le côté droit se combine, d'une manière à peu près constante, avec l'embarras ou la perte de la parole. — Sur 12 cas, il y en a eu 7 d'aphasie avec hémiplegie droite.

Cette proportion très-considérable de la même formule symptomatique, parmi les accidents cérébro-spinaux précoces de la syphilis, n'avait pas été remarquée jusqu'ici. J'en ai déjà fait ressortir toute l'importance dans mes leçons sur l'aphasie et l'hémiplegie droite syphilitique à forme

intermittente, et sur les localisations de la syphilose corticale du cerveau.

Parmi les autres cérébropathies syphilitiques, il n'y en eut qu'une à forme méningitique (Obs. I, p. 5).

Dans 2 cas les troubles nerveux ont été circonscrits à la face et se sont traduits par une hémiplégie faciale simple, dans un cas, et, dans un autre cas, par une hémiplégie faciale droite, compliquée de névralgie du trijumeau (obs. II, p. 28).

Dans l'encéphalo-myélopathie (obs. IV), dont j'ai parlé plus haut, après une paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté droit, à le centième jour du chancre, il s'est produit, le septième mois, une hémiplégie incomplète de tout le côté gauche, puis à le neuvième mois une myélite mortelle.

L'observation V est un exemple d'hémiplégie gauche grave, compliquée, pendant quelques jours, de troubles intellectuels.

En dehors de l'aphasie et de l'hémiplégie droite syphilitiques, les déterminations de la syphilis sur l'encéphale présentent donc de grandes variétés, comme siège et comme circonscription des phénomènes.

Dans la syphilose à forme hémiplegique droite et aphasique combien de différences au point de vue de l'intensité et des autres coïncidences névropathiques qui ne rentrent pas dans leur cadre, et qui peuvent se produire en vertu de cette tendance à la diffusion, qui est commune à toutes les variétés de la syphilose cérébro-spinale !

Une circonstance qui m'a beaucoup étonné, c'est l'absence, dans les observations que j'ai recueillies, de phénomènes épileptiformes circonscrits ou généralisés. — Si je m'en tenais à ma seule expérience, je dirais que l'épilepsie est beaucoup moins commune dans la première phase de la syphilis que plus tard.

Fréquence très-grande de l'aphasie et de l'hémiplégie droite ; — rareté également très-grande de la syphilose cérébrale épileptiforme, dans les déterminations précoces de la maladie constitutionnelle sur les centres nerveux, tels sont les résultats les plus frappants de mon expérience clinique.

III.

Les recherches faites par d'autres observateurs conduisent-elles aux mêmes conclusions ?

Dans les 13 cas des statistiques de M. Jullien, où la syphilose cérébro-spinale a été précoce, on trouve :

1 an après le chancre, des accidents vertigineux graves, qui furent suivies plus tard d'une hémiplégie gauche persistante.

3 ans après le chancre, des céphalées violentes, des névralgies, puis une hémiplégie gauche.

2 ans après le chancre, une hémiplégie droite.

1 an après le chancre, crises épileptiformes et albuminurie considérable. Mort ; — gomme de la scissure de Sylvius.

1 an après le chancre, douleurs ostéocopes rhumatoïdes. Irido-choroïdite et hémiplégie.

3 ans après le chancre, hémiplégie.

3 ans après le chancre, amnésie, douleurs de tête, excitation cérébrale, amnésie, hypochondrie et manie du suicide.

2 ans après le chancre, syphilis cérébrale, céphalalgie, amnésie.

1 an après le chancre, paraplégie.

10 mois après le chancre, hémiplégie droite et aphasie.

1 an après le chancre, hémiplégie droite, perte de la mémoire, aphasie, étourdissements, intelligence amoindrie.

1 an après le chancre, paralysie et perte de la mémoire.

1 an 1/2 après le chancre, syphilis cérébrale dont la forme symptomatique n'est pas spécifiée.

Sur ces 13 cas de syphilis cérébro-spinale précoce, il n'y en a eu qu'un ~~seul~~, avec crises épileptiformes. — L'hémiplégie, au contraire, a été notée 7 fois.

La moelle épinière n'a été atteinte qu'une fois.

Le résultat de cette statistique concorde donc avec le résultat donné par mes observations.

IV.

Voici maintenant le résumé des 9 cas de syphilose cérébrale précoce, qui se trouvent dans la thèse de M. Ladreit de Lacharrière.

1 an après un chancre infectant du menton, périostose syphilitique du crâne, accidents vertigineux, paralysie de tout le côté droit du corps, moins l'orbiculaire des paupières; parole embarrassée; intelligence nette; prompt amélioration par le traitement antisiphilitique.

14 mois après un chancre syphilitique suivi de syphilides, d'exostoses, de périostoses, de douleurs nocturnes, paralysie du bras gauche. Tumeurs gommeuses. — Guérison.

4 mois après l'intoxication, céphalée nocturne, cuisantes douleurs dans diverses parties du corps, paralysie faciale, embarras de la parole, hémiplégie de tout un côté du corps qui n'est pas spécifié.

5 mois après le chancre, troubles nerveux aboutissant à une hémiplégie faciale du côté droit, avec affaiblissement de la mémoire.

6 mois après un chancre induré, paraplégie qui survient d'une manière progressive ; douleurs nocturnes dans les membres inférieurs avec diminution de la sensibilité. — Guérison par un traitement antisiphilitique.

5 mois après un chancre induré, céphalalgie, amblyopie, — hémiplegie de tout le côté droit. — Guérison.

9 mois après l'accident primitif, suivi de roséole et d'éruption papuleuse, céphalée, délire, coma, hémiplegie droite sans paralysie faciale, alternatives de contracture et de résolution musculaire. — Guérison.

3 mois après les chancres infectants, suivis de manifestations secondaires, hémiplegie faciale gauche, puis paralysie du côté droit de la face. — Guérison.

11 mois environ après l'accident primitif, paraplégie avec perte de la sensibilité. — Guérison par le traitement antisiphilitique.

Comme on le voit, dans ces 9 faits, c'est encore l'hémiplegie, soit de la face seulement, soit de tout un côté du corps, qui l'emporte sur les autres accidents. Les accès épileptiformes ne se sont montrés dans aucun cas. Quant à la paraplégie, elle a été relativement plus fréquente que dans les autres statistiques, puisqu'elle est notée 2 fois sur 9.

Enfin, ce qui ressort de là, c'est que les formes paralytiques des névropathies surpassent, comme nombre, les formes convulsives épileptiformes, du moins pendant la première phase de la maladie constitutionnelle.

Dans l'ouvrage de M. Buzzard, les observations de syphilis cérébro-spinale précoce sont au nombre de 4. En voici le résumé :

9 mois après un chancre suivi d'accidents secondaires cutanés et muqueux, troubles nerveux variés, et

particulièrement douleurs précordiales et cervico-céphaliques survenant pendant la nuit et arrivant presque jusqu'à la perte de connaissance. — Guérison par l'iodure de potassium.

3 ans après un chancre, accidents nerveux vagues, sans localisation précise, n'allant pas jusqu'à la paralysie, ni jusqu'à la convulsion.

13 mois après un chancre infectant, aphasie avec hémiplégie droite; intermittence des accidents. — Guérison.

2 ans après l'accident primitif, aphasie, hémiplégie droite du membre supérieur, avec hémiplégie faciale du côté gauche. — Guérison imparfaite.

V.

En dépouillant d'autres observations, voici ce que je trouve :

6 mois après l'accident primitif, vives douleurs dans la tête, suivies au bout de quelques semaines d'une attaque d'hémiplégie droite avec aphasie. Sensibilité intacte, intelligence lucide. — Au bout d'un mois, après plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, apparition des accidents nerveux, amaigrissement, aphasie complète. Incontinence vésico-anale, contractions très-vives, mort. — Aucune lésion dans les centres nerveux. (De-launay.)

9 mois après un chancre infectant, suivi d'accidents cutanés superficiels, hémiplégie gauche et aphasie, survenant brusquement, sans prodromes; durée, 2 mois. Amélioration progressive sous l'influence d'un traitement mercuriel et ioduré. — Guérison incomplète.

Un an après les accidents secondaires, divagation, incohérence des idées avec tendance au suicide; puis at-

teinte subite d'hémiplégie droite avec troubles intellectuels.

— Guérison.

2 mois après un chancre infectant, suivi de roséole, hémiplégie gauche avec paralysie du même côté et diplopie ; un peu de diminution de la sensibilité. Cette attaque avait été précédée de fourmillements dans les membres, d'étourdissements, de vertiges, de céphalée. — Aggravation progressive des accidents. — Mort. — *Autopsie* : Ramollissement de presque tout l'hémisphère droit du cerveau, plus prononcé dans le lobe antérieur. — Noyau apoplectique dans le ventricule latéral droit.

3 mois après un chancre induré, céphalalgie violente et perte de connaissance sans paralysie ; accès de délire. Un mois après ces prodromes, hémiplégie de tout le côté gauche, avec conservation de la sensibilité ; parole lente et difficile, intelligence nulle ; selles et urines involontaires. Syphilide palmaire ; frictions mercurielles et iodure de potassium ; cessation du traitement : retour des accidents avec plus d'intensité. — Écoulement purulent par l'oreille droite. Mort. — Pas d'autopsie.

3 mois après un chancre infectant, suivi d'accidents constitutionnels peu graves, céphalée nocturne intense, embarras de la vision à droite ; il survient un état d'imbécillité considérable, avec embarras de la parole et affaiblissement général des fonctions musculaires, compliqué d'un léger état de contracture ; puis le côté droit en demi-résolution ; stupeur et aggravation progressive des accidents pendant 2 mois. — Mort. — *Autopsie* : Ramollissement général assez marqué, surtout aux parties blanches centrales de l'encéphale. Congestion de la substance grise périphérique. Injection de la pie-mère qui adhère par places à la couche corticale.

15 mois après l'accident primitif, céphalée nocturne, insomnie alternant avec de la somnolence, hémiplégie

gauche, embarras de la parole, aggravation des accidents. — Mort. Léger ramollissement à la partie supérieure et antérieure de la substance blanche de l'hémisphère droit, d'une étendue de 2 à 3 centimètres. Aucune autre lésion appréciable dans l'encéphale.

En même temps que les premiers symptômes d'une syphilis constitutionnelle, faiblesse au bras gauche et hémiplegie faciale gauche, puis paralysie complète du bras droit. — Guérison.

6 semaines après un chancre infectant, paralysie de la 6^e et de la 7^e paires, hémiplegie faciale gauche; céphalée, insomnie, vomissements. — Guérison.

Un an après les premiers symptômes de la syphilis, maux de tête intenses, violentes convulsions avec perte du sentiment; hémiplegie gauche. — Mort. Vis-à-vis l'union des nerfs optiques, vers la naissance des nerfs optiques, duretés qu'on retrouve encore plus avant dans le cerveau.

3 mois après un chancre infectant, hémiplegie droite complète et aphasie. — Guérison.

3 mois 1/2 après des chancres infectants, accidents vertigineux, douleurs dans les membres, paralysie presque complète des extrémités inférieures, etc. — Guérison.

3 mois après un chancre infectant, hémiplegie faciale gauche. — Guérison.

3 mois après un chancre syphilitique, douleurs cervico-pariétales, accidents vertigineux, sans convulsions, ni paralysie. — Guérison.

3 mois après un chancre infectant, céphalée, vertiges, perte de connaissance, convulsions. — Mort. Exostose interne et externe du pariétal gauche.

2 ans 1/2 après le chancre infectant, convulsions épileptiformes, dyspnée, perte de connaissance — Guérison en 4 mois.

Un an après l'accident primitif, bégayement, attaques épileptiformes. Névralgie trifaciale. — Mort. Toute la portion des méninges qui tapisse le temporal gauche et le rocher est épaissie, rouge et recouverte de pus en dedans et en dehors ; la portion correspondante de l'hémisphère gauche est réduite en bouillie jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Ganglion de Gasser comprimé, etc.

Un mois après un chancre infectant, troubles de la vue, surtout à gauche, dilatation de la pupille du même côté (mydriase), céphalée. Au bout de quelques jours, faiblesse dans les membres pelviens, rendant la marche difficile, incertaine et chancelante, quelquefois raideur dans les extrémités inférieures. — Guérison au bout d'un mois par l'iodure de potassium.

4 mois après un chancre infectant, suivi d'accidents cutanés et muqueux peu graves, assoupissement invincible, puis céphalalgie et insomnie, débilité intellectuelle ; enfin affaiblissement notable dans la motilité des membres inférieurs, surtout à gauche. Sensibilité partout conservée. — Guérison au bout de 2 mois par l'iodure de potassium.

2 mois après le début d'un chancre infectant, douleurs intenses nocturnes dans toute la longueur des membres, surtout dans les jambes ; convulsions cloniques dans les quatre membres. Apparition d'un exanthème peu après le début des convulsions. — Accès répétés de ces convulsions pendant plusieurs semaines. Guérison par le mercure et l'iodure.

Au 42^e jour d'un chancre infectant, avec phimosis et balano-posthite, céphalalgie frontale, douleurs dans les membres, malaise général, fièvre, et 24 heures après, hémiplegie faciale à droite ; hémi-anesthésie de la langue du même côté ; mydriase à droite. Diplopie ; hyperesthésie de la face, du cou et du crâne à droite ; hyperesthésie auditive, nasale et gus-

tative du même côté, etc.; ancienne tumeur au voisinage de l'angle de la mâchoire. — Syphilide papulo-vésiculeuse. — Guérison rapide par le traitement mercuriel.

3 mois après un chancre infectant, céphalée intense, vertiges, perte de connaissance, difficulté dans la déglutition, puis convulsions et mort. — *Autopsie* : Sur le pariétal gauche, excroissance osseuse spongieuse, soulevant le pariétal et le muscle crotophyte; à l'intérieur du crâne, même lésion qu'à la table externe, mais tumeur plus grande, plus arrondie. — Dure-mère intacte.

3 mois après un chancre suivi de syphilide papuleuse, paraplégie avec abolition de la sensibilité des membres inférieurs, paralysie complète de la vessie et du rectum. — Guérison au bout de quelques semaines par l'ioduré de potassium.

3 ans après le chancre, attaques d'épilepsie, plusieurs fois par jour. — Guérison par un traitement mercuriel.

Un an après le chancre infectant, hémiplegie et cécité intermittentes.

Un an après l'accident primitif, hémiplegie faciale gauche, précédée d'éblouissements et de surdité. — Guérison.

2 ans 1/2 après le chancre infectant, céphalée, douleurs nocturnes dans les membres; attaque avec perte de connaissance, suivie d'une hémiplegie gauche; plus tard attaques d'épilepsie. — Guérison.

2 ans après l'accident primitif, vertiges épileptiques et attaques épileptiformes répétées. — Guérison.

6 mois après l'accident primitif, hémiplegie gauche; cécité, altération de la mémoire; paralysie du nerf moteur oculaire commun; délire furieux. — Guérison.

6 mois après l'accident primitif, hémiplegie gauche; paralysie du moteur oculaire, paraplégie, anesthésie. — Guérison.

3 ans après le chancre, amaurose.

3 mois après le chancre, paralysie faciale, adénite préauriculaire.

3 ou 4 mois après le chancre, paralysie faciale.

9 mois après le chancre, paralysie du moteur oculaire commun.

2 ans après l'accident primitif, épilepsie, tremblement.
— Guérison.

Pour cette dernière série de faits, j'ai choisi parmi un grand nombre, qui pour la plupart sont fort incomplets, ceux qui m'ont paru les plus authentiques et les mieux observés.

Sur ces 35 cas, il y en a eu 9 dans lesquels la syphilis cérébro-spinale s'est traduite uniquement par des convulsions et des attaques épileptiformes. Dans un, l'hémiplégie gauche s'est compliquée de convulsions.

Dans 4, la moelle seule a été atteinte et il y a eu paralysie plus ou moins complète.

Les autres cas se répartissent de la manière suivante : 2 hémiplégies droites avec aphasie ; 2 hémiplégies gauches avec aphasie ; 6 hémiplégies gauches sans mention d'aphasie ; 2 cas d'hémiplégie droite, l'une simple, l'autre avec troubles intellectuels ; hémiplégie sans que le côté soit spécifié, 1 cas ; paralysie généralisée, 1 cas ; paralysie de la face et des muscles moteurs de l'œil, 5 cas. Il y a eu également plusieurs troubles de la vue qui se sont associés aux diverses variétés de la syphilose cérébro-spinale.

Ainsi, dans cette série de faits, comme dans les précédentes, c'est l'élément paralysie qui domine sous toutes ses formes. Les convulsions épileptiformes sont cinq fois moins nombreuses que les hémiplégies et la paralysie réunies.

Enfin la moelle épinière est atteinte huit fois moins souvent que le cerveau. (A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DU MERCURE ; ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, par le D^r HALLOPEAU (*Thèse d'agrégation*). Paris, J.-B. Baillière, 1878.

L'auteur distingue, avec Küssmaul, trois périodes dans l'histoire du mercure : la première comprenant l'antiquité et le moyen âge ; la seconde s'étendant de la Renaissance à la fin du dix-huitième siècle ; la troisième de la fin du dix-huitième siècle jusqu'à nos jours.

Dans l'antiquité, rappelle l'auteur, on avait rejeté l'usage du mercure que l'on considérait alors comme un poison.

Le mercure aurait fait sa première apparition dans le traitement de la syphilis en 1495, ainsi que cela ressort d'un document indiqué par M. Bouchard. Il en résulterait donc que la syphilis aurait été traitée par le mercure dès l'apparition même de cette maladie, si toutefois l'on admet comme prouvé le fait de son origine moderne.

A côté de médecins enthousiastes de cette nouvelle médication, d'autres la regardaient comme des plus dangereuses ; aussi pendant toute cette période le mercure est-il très-vivement discuté.

En présence d'accidents graves auxquels donnait lieu l'abus que l'on faisait alors du mercure il devint l'objet d'attaques passionnées : aussi accueillit-on avec une faveur inouïe les bois sudorifiques récemment importés d'Amérique. L'auteur reproduit un curieux passage de J. de Béthencourt (traduction de A. Fournier) dans lequel le mercure et le gayac exposent, tour à tour ainsi que deux rivaux, leurs vertus et leurs prétentions à la guérison du mal vénérien.

Toutefois, pendant la dernière moitié du seizième siècle, les attaques contre le mercure diminuent de plus en plus et au dix-septième et au dix-huitième siècles les préparations mercurielles deviennent le remède héroïque contre la vérole.

Au dix-neuvième siècle (troisième période) des théories antimercurialistes se sont de nouveau produites, l'auteur les signale en passant et fait bonne justice de ces doctrines dont quelques-unes reposaient non sur l'observation des faits mais sur des idées préconçues. A côté de ces antimercurialistes systématiques, il en est d'autres dont les opinions méritent une attention particulière, notamment celles émises par le Dr Diday ; nous y reviendrons un peu plus loin.

Le troisième chapitre est consacré à l'action physiologique du mercure ; dans ce chapitre, l'un des plus intéressants de cette monographie, après un tableau des préparations mercurielles employées en médecine, l'auteur étudie successivement l'action directe ou topique des mercuriaux, leur mode d'absorption, les troubles qu'ils provoquent dans la constitution des liquides et des solides et enfin leur élimination. Le mercure métallique peut-il pénétrer directement dans l'épaisseur de la peau et de la muqueuse intestinale ? M. Hallopeau rapporte toutes les expériences faites depuis 1847 jusqu'à nos jours et admet avec la plupart des auteurs que le mercure ne pénètre en nature ni dans le sang ni dans les tissus.

L'auteur reproduit la plupart des théories qui ont été émises dans ces dernières années sur l'absorption du mercure, notamment celles de Mialhe, de Voit, d'Overbeck, de Bellini, de Rabuteau qui admet, — et de son propre aveu, sans preuves, — que les combinaisons mercurielles introduites dans l'organisme sont toutes amenées finalement à l'état de mercure métallique.

C'est dans le foie et dans le rein que le mercure s'accumule en plus grande quantité, mais il peut séjourner

dans tous les tissus ; toutefois, on ignore encore actuellement quelle forme il y revêt.

Les voies principales de l'élimination sont les reins ; on a trouvé également le mercure dans la salive, le lait, la sueur et les fèces. L'élimination par le lait est une très-précieuse indication, elle permet en effet de donner au *traitement du nouveau-né*, par l'intermédiaire de sa nourrice, le complément si souvent nécessaire et toujours inoffensif.

Selon une opinion assez répandue, l'iodure de potassium favoriserait l'élimination du mercure ; d'après M. Gubler l'iodure agirait, non pas en amenant, comme l'ont avancé quelques auteurs, la formation d'un iodure double, mais en activant la dénutrition et en mettant ainsi en liberté du mercure immobilisé dans les organes.

Sous quelle forme le mercure est-il éliminé ? on a peu de données à cet égard. Quelques faits cependant tendraient à faire croire que la revivification du mercure peut avoir lieu dans l'organisme.

A propos des différents effets du mercure, l'auteur examine successivement son action sur les tissus avec lesquels il entre directement en contact au moment de son application et son action sur le sang et les viscères.

La première étude comprend ce qui se passe sur le tégument externe et sur la muqueuse digestive.

Les préparations mercurielles produisent parfois dans ces cas une inflammation plus ou moins prononcée suivant leur degré de solubilité et de concentration et surtout suivant l'idiosyncrasie des sujets. Cette inflammation peut se traduire par des éruptions d'intensité variable : érythème, vésicules, phlyctènes et même des eschares.

A. Fournier et Isambert ont rapporté plusieurs faits de cette nature.

Quant aux effets que produit le mercure, lorsqu'il a été

absorbé, ils varient selon que le médicament a été donné à petites doses ou bien administré à doses élevées.

A haute dose, le mercure est un agent puissant de destruction organique et de dénutrition, il abaisse le chiffre des globules; à faible dose, il est plutôt reconstituant, et il semble élever le nombre des globules. Des expériences de M. Wilbouchewitch il résulte que, chez les syphilitiques, le mercure à petites doses arrête l'hypoglobulie, mais qu'un traitement trop prolongé amène au contraire l'hypoglobulie, d'où nécessité de faire de temps en temps la numération des globules du sang pour savoir à quel moment on doit suspendre le traitement mercuriel.

C'est en s'appuyant sur ces données de physiologie expérimentale que M. A. Fournier a sans doute été conduit à formuler le mode rationnel des *traitements successifs*.

M. Keyes est arrivé au même résultat que M. Wilbouchewitch, seulement il n'admet pas que l'augmentation du nombre des globules soit temporaire; il n'a pas vu la continuation du traitement amener l'hypoglobulie; le mercure, à petites doses, même longtemps continué, accroît le nombre des globules, il agit comme tonique et augmente le poids du corps.

Ces deux expérimentateurs sont en désaccord sur un point, à savoir si l'usage prolongé du mercure, à faibles doses, augmente ou diminue le nombre des globules. Cela peut tenir, soit aux périodes diverses de la syphilis où chaque expérience a été instituée, soit à la différence des doses employées, mais leur opinion est la même sur un point des plus importants, c'est que, donné à petites doses, chez un syphilitique, il augmente le nombre des globules au moment même où il agit efficacement sur les manifestations de la syphilis. Ces faits sont en opposition avec la théorie qui explique l'action du mercure sur cette maladie par ses effets dénutritifs.

L'auteur passe ensuite à l'étude du mercurialisme intense dont il examine la forme aiguë et chronique, les effets produits sur le sang, sur l'appareil digestif, les glandes salivaires et le foie, sur la peau, sur la respiration, sur l'appareil de l'urination (il cite à ce propos une très-intéressante observation de M. Bouchard dans laquelle les lésions rénales déterminées par l'intoxication mercurielle aiguë sont admirablement décrites), sur l'appareil de l'innervation, sur les fonctions de reproduction et enfin sur la nutrition générale.

L'auteur complète l'examen des effets physiologiques du mercure par un chapitre sur son action toxique universelle. Ce médicament guérit en effet la plupart des maladies parasitaires, par une action directe sur le parasite lui-même.

La troisième partie est consacrée à l'action thérapeutique du mercure. Ce médicament est utilisé en raison de son action locale : 1° comme toxique dans les affections parasitaires ; 2° comme irritant dans les maladies de la peau, des yeux et du tube digestif ; 3° comme caustique.

Son action générale est utilisée : 1° comme antiphlogistique dans la plupart des phlegmasies ; 2° comme altérante dans les maladies générales.

Les mercuriaux sont depuis très longtemps employés avec succès contre les parasites cutanés animaux ou végétaux. Pour les teignes ce traitement avait été indiqué d'une manière plus ou moins précise par la plupart des anciens auteurs, mais c'est à M. Bazin que revient l'honneur d'avoir le premier institué ce traitement d'une manière rationnelle.

L'action irritante des préparations mercurielles est aujourd'hui très souvent mise à profit contre les affections de la peau. Dans quelques pages intéressantes, l'auteur passe en revue les diverses dermatoses dans lesquelles les mercuriaux peuvent donner des résultats utiles, en même temps qu'il indique les formules les plus employées dans ce cas.

Viennent ensuite les principales indications, et les modes d'administration les plus importants des mercuriaux dans les maladies des yeux, dans celles des fosses nasales, du larynx, de l'oreille, de la vulve et dans les maladies de l'intestin.

Quant à l'action caustique du mercure, on n'y a recours que contre les ulcérations syphilitiques, la gangrène et la pustule maligne. Pour les ulcérations spécifiques de la gorge, et certaines érosions de la muqueuse nasale, le nitrate acide de mercure est le topique par excellence. Nous eussions désiré que l'auteur eût encore plus insisté qu'il ne l'a fait sur les détails de cette thérapeutique locale dont M. Diday a si bien démontré l'efficacité.

En ce qui concerne l'action générale du mercure, l'auteur rappelle que ce médicament agit comme antiphlogistique dans les phlegmasies aiguës, notamment dans la méningite, la péritonite et l'hépatite. C'est par son action altérante, au contraire, que le mercure agirait dans les maladies constitutionnelles et dans les maladies infectieuses.

Dans un travail qu'a publié le *Journal de thérapeutique*, M. le professeur Gubler, a cité deux cas de psoriasis invétéré, et un cas d'eczéma fluent généralisé, datant de neuf années, qui avaient résisté à tous les traitements, et qui furent guéris en peu de temps par l'usage interne de préparations mercurielles.

Nous regrettons que l'auteur ne se soit pas étendu plus longuement sur ces trois faits qui sont intéressants sous tous les rapports. Dans le cas d'eczéma notamment, nous serions très-disposés à attribuer le succès si complet obtenu par le savant professeur de la Faculté, bien plutôt à l'action antiplastique et dénutritive du mercure qu'à son action altérante. C'est là un point que nous eussions aimé voir discuté par notre distingué confrère.

Cette action altérante est ensuite examinée d'une façon détaillée dans les maladies infectieuses : fièvre typhoïde,

variole, diphthérie, choléra, dyssenterie ; — c'est dans cette dernière affection que le mercure uni à l'opium et à l'ipéca donne les meilleurs résultats.

Nous arrivons à l'action du mercure contre la syphilis, c'est le chapitre le plus important de la thèse et celui aussi qui doit nous retenir le plus longtemps.

M. Hallopeau est un partisan convaincu de la puissance antisypilitique du mercure.

Mais si peu de médecins songent à nier l'action incontestable du mercure sur les manifestations de la syphilis, est-ce à dire, pour cela, qu'il faille tenir cette action pour aussi certaine quand on se propose par elle de retarder ou de prévenir le développement des accidents secondaires. Autrement dit, le mercure donné dès l'apparition de l'accident initial, a-t-il le pouvoir d'empêcher, ou tout au moins d'atténuer la gravité de ces mêmes accidents ? Les statistiques de MM. Diday et Jullien établissent que le traitement mercuriel donné à des chancres est sans influence bien marquée sur la date d'apparition des accidents ultérieurs, ainsi que sur la gravité de ces accidents. Chancres mercurialisés et chancres non mercurialisés sont donc égaux en face de la vérole consécutive.

Si, comme le démontre la statistique de M. Diday, citée par M. Hallopeau, après un chancre traité par les préparations mercurielles les accidents secondaires sont seulement en retard de quelques jours, mais sans atténuation de ces accidents, on ne doit pas hésiter à se rallier à l'opinion de notre savant confrère, à savoir d'attendre l'apparition des phénomènes secondaires pour instituer le traitement général. Naturellement nous ne faisons qu'effleurer cette question qui a été traitée d'une manière magistrale par l'auteur de *l'Histoire naturelle de la syphilis*.

Toutefois pour cette pratique nous nous appuyons essentiellement sur l'impuissance du mercure à prévenir des

accidents et c'est un argument bien suffisant sans même qu'il soit nécessaire d'invoquer les inconvénients que peut présenter l'administration du mercure.

Nous avouons, cependant, que le caractère des premiers accidents, ne serait pas, à nos yeux, une indication suffisante pour affirmer que la syphilis ultérieure sera faible ou forte ; car les observations publiées par MM. A. Fournier, Broadbent, etc., tendent à prouver que les éléments d'un diagnostic prévisionnel de la vérole font encore aujourd'hui complètement défaut. Modifiant ses premières conclusions sur ce point, M. Diday éclairé par une expérience plus étendue reconnaît lui-même aujourd'hui que si un chancre primitif, *ligneux*, en *écusson*, présage à peu près indubitablement une vérole forte, la réciproque n'offre malheureusement pas le même degré de probabilité ; c'est-à-dire que, assez souvent, l'influence du sujet venant à s'exercer dans un sens aggravatif, on voit des accidents secondaires tardifs graves succéder à un chancre que son peu d'étendue, l'induration modérée de son fond avaient d'abord fait considérer comme un présage rassurant pour le caractère de la syphilis dont il était le point de départ.

Comment agit le mercure dans la syphilis ? D'après M. Hallopeau le mercure influerait non seulement sur les manifestations de la syphilis, mais sur la syphilis même. Nous ne saurions admettre cette théorie, car il nous est impossible de comprendre comment le mercure pourrait agir alors que le virus introduit ne se révèle par aucune lésion. Nous voyons, d'ailleurs, un mouvement de désillusion sur ce point se prononcer de toutes parts. Partout l'expérience multipliant ses enseignements ébranle la confiance si générale naguère parmi les partisans du métal en sa vertu souveraine pour *neutraliser définitivement* le virus.

Le dernier chapitre est consacré au mode d'emploi du mercure dans la syphilis.

Dans cet exposé très complet l'auteur discute avec beaucoup de sagacité les différents procédés indiqués par les auteurs. Les frictions et surtout les injections hypodermiques sont l'objet d'une étude très approfondie et très intéressante. M. Hallopeau a ajouté à son travail un formulaire contenant les prescriptions les plus usitées et les plus rationnelles, en laissant toutefois de côté toutes les recettes polypharmaceutiques des temps passés ; plus un index bibliographique dans lequel sont indiqués les ouvrages spécialement consacrés au mercure. Cet index sera d'une réelle utilité pour tous ceux qui voudront étudier dans leur ensemble comme dans leurs détails, les questions que soulève l'étude physiologique et thérapeutique du mercure.

La thèse de M. Hallopeau constitue une remarquable monographie contenant tout ce que l'antiquité et le moyen âge nous ont légué sur l'emploi du mercure et ce que la physiologie moderne nous a appris sur les applications thérapeutiques de ce puissant médicament. Savants et praticiens trouveront dans ce mémoire les indications les plus précises et les plus utiles sur le mercure, ses diverses préparations, et sur leur mode d'emploi.

Il fournit à ceux-là un guide pour leur conduite journalière, à ceux-ci une série de sujets à explorer ainsi qu'un excellent modèle de la méthode à suivre pour mener à bien leurs recherches.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHANCRE BUCCAL,
par le Dr SPILLMANN.

Le chancre infectant extra-génital est, on le sait, relativement rare. L'auteur en publie deux observations dont la

première est surtout digne d'attention, en raison du mode de contagion.

Il s'agit d'une dame de 39 ans, d'une bonne santé habituelle, de mœurs tout à fait irréprochables, qui, vers la fin du mois de juin dernier, vint consulter le Dr Spillmann pour un léger mal de gorge accompagné d'un engorgement ganglionnaire considérable, situé à l'angle du maxillaire du côté droit. En examinant la gorge on voyait, au niveau de l'amygdale du côté droit, une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ, superficielle, légèrement excavée et tapissée d'un enduit de teinte un peu grisâtre. La muqueuse qui environne cette petite ulcération est œdématiée et forme comme un bourrelet. Les ganglions de la région parotidienne sont engorgés et douloureux à la pression.

Très-perplexe pour caractériser la nature de la lésion qu'il avait sous les yeux, le Dr Spillmann se contenta de prescrire un gargarisme astringent et des frictions de pommade iodurée sur le cou. Plus tard, deux cautérisations au nitrate d'argent, faites à 5 jours d'intervalle, n'amenèrent aucune modification locale. Peu de jours après, des taches de roséole syphilitique sur la poitrine et l'abdomen, accompagnées de lassitude et de courbature, vinrent éclairer le médecin sur la nature de l'ulcération amygdalienne.

Restait la question fort délicate de l'étiologie. M. Spillmann apprit que la malade avait recueilli chez elle, pendant le courant du mois de mai, l'enfant d'une de ses nièces, qui était souffrant. Cet enfant, âgé de 5 mois, était nourri au biberon; la mère de l'enfant avait recommandé à sa tante de goûter le lait chaque fois qu'elle donnerait à l'enfant, pour se rendre un compte exact de la température du liquide. A cette effet, la malade plaçait dans sa bouche l'embouchure en caoutchouc du biberon et aspirait un peu de lait. Or, l'enfant ainsi nourri était atteint de syphilis héréditaire, avec accidents multiples à la bouche et aux parties génitales. La mère avait fait précédemment deux fausses couches.

Le chancre amygdalien se produit en général à la suite

du baiser buccal ou du coït *ab ore*. Mais, comme le dit très-justement M. Spillmann, la large part que prend le voile du palais à la déglutition, et les vastes lacunes des tonsilles permettent de comprendre comment la contagion s'est produite dans ce cas.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un garçon de 13 ans 1/2 qui portait à la lèvre inférieure, au côté droit et à la face antérieure, une petite plaque rouge, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes; cette plaque est indurée et accompagnée de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Rien aux organes génitaux. Le père et la mère n'ont jamais eu d'affections syphilitiques. Cet enfant est apprenti tapissier, il travaillait en ce moment avec un ouvrier malade et prenait ses clous dans le même sac que lui. Or les tapissiers ont l'habitude de mettre dans la bouche une poignée de petits clous, qu'ils prennent au fur et à mesure de leur travail; ils rejettent dans leur sac le surplus de ces clous. En examinant l'ouvrier en question, M. Spillmann constate qu'il a eu des chancres à la verge 6 mois auparavant et qu'actuellement, il a la bouche remplie de papules secondaires.

Il est donc plus que probable que l'enfant s'est infecté en mettant dans sa bouche des clous imprégnés de la salive de cet homme.

Depuis, l'enfant a eu des croûtes dans les cheveux, des papules secondaires dans la bouche, sur le scrotum, à l'anus et dans l'arrière-gorge. (*Revue médicale de l'Est*, 15 nov. 1878.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Die Hautkrankheiten für Ärzte und Studierende, von Dr G. Behrend, avec 28 gravures sur bois, Braunschweig, 1879, chez Wreden.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (53, 2-79).



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

DE LA NÉCESSITÉ DE MULTIPLIER LES VISITES
SANITAIRES, par M. le D^r HORAND, chirurgien-major
de l'Antiquaille.

(Mémoire lu à la Société nationale de médecine de Lyon.)

Appelé par les circonstances à étudier l'organisation du service sanitaire de Lyon, j'ai été frappé du peu de fréquence des visites des filles publiques.

Les filles inscrites à la police quelle que soit d'ailleurs la catégorie à laquelle elles appartiennent, c'est-à-dire isolées ou en maisons, ne sont, en effet, visitées qu'une fois par semaine.

Cette visite est prescrite par le règlement de police de 1852, règlement actuellement encore en vigueur, sauf les modifications introduites en 1867, sur la demande du comité sanitaire de cette époque, présidé par M. Garin.

Toutefois, ce qui m'a plus étonné, c'est qu'aucune réflexion n'ait été présentée à ce sujet par M. Garin dont la compétence en pareille matière ne saurait être mise en

doute. Parmi les desiderata qu'il signale dans son travail publié en 1878, et dont la lecture nous a tous si vivement intéressés, il n'est pas question de la nécessité d'augmenter le nombre des visites sanitaires.

En vérité il n'est point douteux que toutes les maladies vénériennes, syphilitiques ou non, peuvent apparaître chez la fille prostituée entre deux visites faites à 8 jours d'intervalle. Dès lors cette femme devient un foyer de contagion d'autant plus redoutable que sa santé est moins suspectée par le public qui sait qu'elle exerce son métier sous la surveillance de la police.

Pour la syphilis, c'est tantôt l'accident primitif, tantôt les accidents secondaires qui pourront se développer entre deux visites.

Je pourrais citer un exemple de chancre syphilitique qui, lors d'une visite, ayant été dissimulé par une fille publique, a été la cause de la propagation de la syphilis, pendant quinze jours. Une visite plus fréquente aurait atténué les malheureux effets de cette dissimulation.

J'insisterai plus longuement sur le fait suivant qu'il m'a été donné d'observer dans ces derniers temps.

Pendant la visite des filles de maisons à laquelle j'assistais au dépôt de police, une fille se présente et, à peine assise sur le fauteuil d'examen, elle nous montre de nombreuses plaques muqueuses dans la région vulvaire. Mon confrère chargé de la visite fut aussi étonné que moi de rencontrer de semblables accidents chez une fille inscrite.

A ce propos, qu'il me soit permis de dire avec quel soin, avec quel zèle scientifique, nos confrères à qui le service sanitaire est confié, s'acquittent de leur mission. — On consulta la carte de la malade, elle était parfaitement en règle ; on vérifia sur les registres pour savoir si elle était venue à la visite précédente, mais il fut impossible de la trouver en défaut. Dès lors il fallut reconnaître que les

accidents syphilitiques que présentait cette fille, s'étaient déclarés depuis la dernière visite. Je dois ajouter qu'elle était syphilitique depuis un certain temps et qu'elle avait été traitée quelques mois auparavant à l'Antiquaille pour la syphilis.

En présence d'un fait semblable, on est forcé d'avouer l'insuffisance du règlement. Or les cas de ce genre sont nombreux et plus encore peut-être en été qu'en hiver, à cause de l'irritation de certaines régions humides provoquée par la marche. La plaque muqueuse est du reste l'accident syphilitique le plus fréquent et le plus à craindre au point de vue de la récurrence. Aussi les filles publiques qui ont eu la syphilis doivent-elles être surveillées d'une manière spéciale. Il est évident que dès qu'elles présentent un accident, elles doivent être mises hors d'état de nuire, c'est-à-dire dirigées sur l'hospice, si l'on veut s'opposer autant que possible à la propagation de la syphilis.

Pour M. Mauriac, si la syphilis diminue d'intensité, elle augmente de fréquence (1).

Je partage l'avis de M. Mauriac relativement aux cas graves de syphilis, qui actuellement sont rares, mais il me semble que la fréquence de cette maladie tend plutôt à diminuer qu'à augmenter.

Voici d'ailleurs les chiffres que je puis fournir à cet égard, puisés soit dans les rapports annuels de mes collègues, MM. Gailleton et Dron, soit dans mes notes personnelles.

Nombre des hommes syphilitiques traités chaque année à l'Antiquaille, depuis 1867.

1867.	500	syphilitiques.
1868.	225	—
1869.	400	—

(1) Mauriac, 1875. Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, depuis la guerre de 1870-1871.

1870.	311	—
1872.	464	—
1873.	377	—
1874.	303	—
1875.	532	—
1876.	212	—
1877.	290	—
1878.	255	—

Cette statistique permet de conclure, ainsi que je l'ai fait, en faveur de la diminution de fréquence de la syphilis.

La *blennorrhagie*, la plus commune de toutes les affections vénériennes, et que tant de causes diverses peuvent faire naître, deviendrait moins fréquente, cela n'est pas douteux, si l'on multipliait les visites sanitaires.

Le tableau ci-joint indique le nombre des blennorrhagiens traités à l'Antiquaille depuis 1867 :

1867.	260	blennorrhagiens.
1868.	300	—
1869.	230	—
1870.	485	—
1872.	348	—
1873.	313	—
1874.	256	—
1875.	321	—
1876.	389	—
1877.	319	—
1878.	293	—

D'après ce tableau la fréquence de la blennorrhagie n'a pas été modifiée d'une manière appréciable dans ces dernières années.

Il est une autre affection vénérienne, le *chancre simple*, qui depuis quelques années était devenu une rareté dans notre ville et qui actuellement semble renaître à une vie nouvelle.

De 1867 jusqu'en 1876, le nombre des chancres simples

traités chaque année à l'Antiquaille dans le service des hommes a été :

1867.	24	chancres simples.
1868.	60	—
1869.	63	—
1870.	154	—
1872.	244	—
1873.	152	—
1874.	50	—
1875.	45	—

En 1876 et 1877, c'est-à-dire pendant les deux premières années où le service des vénériens m'a été confié, le chancre simple était très rare.

Pendant l'année 1876, je n'en ai observé que quatre cas. Sur ce nombre un malade avait contracté son chancre à Besançon et les trois autres à Lyon.

En 1877 j'ai eu à traiter 7 malades atteints de chancre simple. Trois avait contracté leur chancre à Saint-Étienne et quatre à Lyon.

Nous étions alors à Lyon dans les mêmes conditions que Paris en 1870-1871, au point de vue de la diminution de cette affection vénérienne.

Mais si en regard de ces chiffres on place celui de l'année 1878, qui est 25, on est frappé de cette augmentation subite. Il est vrai que sur ces 25 malades il y en a 6 qui ont contracté leur chancre hors de Lyon, mais il en reste néanmoins 19 qui ont été contagionnés dans notre ville au lieu de 3 comme 1876 ou de 4 comme en 1877.

A quelle cause attribuer cette recrudescence dans le nombre des cas de chancre simple, alors que pendant quelques années cette affection vénérienne avait presque complètement disparu de Lyon, tout au moins dans la classe ouvrière qui peuple l'Antiquaille ?

Deux causes doivent être invoquées, ce sont :

1° Le défaut de surveillance de la prostitution clandestine ;

2° L'insuffisance du nombre des visites médicales.

La seconde est de beaucoup la plus importante.

Il est certain qu'à la suite des différents arrêtés pris et rigoureusement exécutés contre la prostitution clandestine le chancre simple était devenu à Lyon, ainsi que je l'ai dit, un accident vénérien très rare.

Quant à l'influence de la seconde cause elle est facile à démontrer.

Le relevé suivant indique les foyers de contagion où les 25 malades traités en 1878 à l'Antiquaille ont contracté leur chancre simple.

6 hors de Lyon.	{	Maison de tolérance. à Calcutta.	1
		— à Cannes.	1
		— à Marseille.	1
		— à Châlon.	1
		— à St-Étienne.	1
19 à Lyon.	{	Maisons de tolérance.	10
		Domestiques d'auberge.	3
		Ouvrières.	3
		Raccrocheuses.	2
		Fille de brasserie.	1

Cette statistique montre que le foyer du chancre simple réside surtout dans les maisons de tolérance, mais il est juste d'ajouter, seulement dans celles de troisième ordre.

Or, l'importance de ce fait n'échappera à personne et il constitue un argument capital en faveur de l'insuffisance du nombre des visites sanitaires.

Je tiens donc essentiellement à le confirmer par des faits et j'espère que les cas que je vais citer ne laisseront plus à cet égard aucun doute.

Observation I. — Philippe V... âgé de 19 ans, tisseur,

entre à l'Antiquaille, le 26 décembre 1878, pour un chancre simple du filet.

Le début de l'affection remonte au 10 décembre 1878, cinq jours après un coït avec la fille M... de la maison de tolérance n° 1.

Observation II. — Jean T... âgé de 19 ans, guimpier, entre à l'Antiquaille, le 26 novembre 1878, pour un chancre simple du filet.

Le malade raconte que cette ulcération est survenue peu de jours après un coït pratiqué avec la fille M... de la maison de tolérance n° 1.

Observation III. — Joseph W... âgé de 19 ans, serrurier, entre à l'Antiquaille, le 23 décembre 1878, pour un chancre simple du filet contracté, il y a 45 jours environ, à la suite d'un coït avec la fille M... de la maison de tolérance n° 1.

Observation IV. — François B... âgé de 17 ans, tisseur, entre à l'Antiquaille, le 2 janvier 1879, pour un chancre simple du filet.

Ce chancre date d'un mois et demi environ, il s'est déclaré 7 jours après un coït pratiqué dans la maison de tolérance n° 1, avec la fille M...

Observation V. — Henri J... âgé de 26 ans, tisseur, entre à l'Antiquaille, le 12 janvier 1879, pour un chancre simple du limbe du prépuce avec bubon inguinal gauche.

Ce chancre date de 4 semaines, 3 jours après un coït pratiqué avec la fille M... de la maison de tolérance n° 1.

Je pourrais citer encore d'autres observations, mais cela me paraît inutile.

La fille M... qui a infecté un certain nombre d'hommes appartient à une maison de tolérance de troisième ordre. Elle venait régulièrement à la visite. Lorsqu'elle fut arrêtée, le jeudi 19 décembre 1878 et envoyée à l'Antiquaille, elle

avait un chancre simple de la fourchette en voie de réparation. Je puis ajouter qu'elle est sortie de l'hospice, le 6 janvier 1879, complètement guérie.

Que s'est-il donc passé pour cette fille; son chancre s'était-il développé dans l'intervalle de deux visites? Cela n'est pas probable, attendu que lors de son arrestation, le chancre était en voie de réparation. Or le chancre simple n'évolue pas en huit jours. Cette fille a, suivant toute probabilité, su dissimuler son ulcération lors de sa visite la semaine précédente. En voici d'ailleurs la preuve :

Du 3 au 7 décembre 1878, M. X..., étant en état d'ébriété, se rend dans la maison de tolérance, n° 1. Là, il a des rapports avec la fille M..., dont il vient d'être question. A la suite de ce coït, il contracte un chancre simple. Il est donc évident que le jeudi 12 décembre 1878, la fille M... était malade et néanmoins n'a pas été arrêtée.

Malgré son chancre, M. X... a des rapports avec une jeune artiste de nos théâtres. Deux jours après, cette fille commence à souffrir : un chancre apparaît d'abord à la fourchette, puis deux autres à la face interne des grandes lèvres. Ces chancres durent un mois et sont traités par un syphiligraphe. Pendant la durée des chancres, la malade n'a pas eu de rapports sexuels ; mais, vers la fin de janvier, à peine guérie, elle a des relations avec un jeune homme. L'acte une fois consommé, elle lui raconte qu'elle a été malade, qu'elle a eu des chancres simples. En entendant cette révélation, le jeune homme conçoit des craintes sérieuses ; mais, heureusement pour lui, elles n'ont pas été justifiées. La cicatrisation des chancres était complète, aussi n'est-il survenu aucun accident à la suite de ce coït suspect.

Cette série de faits non seulement vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise, mais encore elle montre comment se propagent les maladies vénériennes. Ainsi, une fille de

maison contracte un chancre simple; elle n'est pas arrêtée immédiatement: elle contagionne plusieurs individus. L'un d'eux, à son tour, transmet un chancre à une fille libre, qui elle-même aurait pu infecter d'autres individus. Et cependant, pour arrêter la propagation de cette affection, que fallait-il? une visite médicale plus fréquente. Il est certain, en effet, que si l'affection vénérienne de la nommée M... a pu échapper à une première visite, elle eût été constatée à la seconde, comme cela est arrivé; mais il était important que cette visite eût lieu trois jours et non pas huit jours après la première.

Le chancre simple, plus que les autres manifestations vénériennes, réclame de fréquentes visites, car on peut espérer ainsi arriver à en atténuer la fréquence, sinon à le supprimer d'une manière complète.

En résumé, tous les faits que je viens d'énoncer ne montrent-ils pas d'une manière évidente l'insuffisance d'une visite hebdomadaire, telle qu'on la pratique aujourd'hui?

Le raisonnement pouvait également le faire pressentir.

M. Mauriac attribue la diminution du nombre des maladies vénériennes à Paris, après la guerre de 1870-1871, principalement aux causes suivantes :

1° La dépopulation immédiate de la ville à la suite de la guerre, et l'arrêt dans le développement numérique de ses habitants;

2° L'abaissement de la fortune individuelle qui s'est produit dans toutes les classes de la société et qui a été aggravé par l'augmentation des charges;

3° la surveillance plus rigoureuse de la prostitution en général, et en particulier de la prostitution clandestine;

4° L'augmentation dans le nombre des mariages depuis la guerre, supérieur, malgré la diminution des habitants de Paris, à ce qu'ils étaient avant 1871 (1).

(1) Mauriac, *loc. cit.*

De ces causes diverses, une seule peut s'appliquer à Lyon, et elle suffit pour expliquer la rareté du chancre simple pendant ces dernières années. Cette cause est la surveillance plus rigoureuse de la prostitution, ainsi que je l'ai dit. Actuellement les mesures de police sont moins sévères. La prostitution clandestine peut s'étaler au grand jour sans être inquiétée. On use à peine de quelques moyens de rigueur contre les filles isolées qui ne se rendent pas exactement aux visites.

Pour arrêter la propagation des maladies vénériennes, je demande, avec tous les auteurs qui se sont occupés de prostitution :

1° Des mesures sévères contre la prostitution clandestine ;

2° Des visites plus fréquentes pour les filles inscrites.

Je n'insisterai pas sur les mesures à prendre pour réprimer la prostitution clandestine, car ce serait sortir du cadre de ce mémoire. Je m'occuperai seulement de la visite médicale et des moyens de la rendre plus efficace ; c'est là, d'ailleurs, que doivent tendre tous nos efforts.

Quel est l'homme, en effet, qui sachant être à l'abri des maladies vénériennes en fréquentant les filles inscrites, ira s'exposer à contracter la syphilis chez une prostituée clandestine. Dès lors l'abandon de cette catégorie de filles aura pour conséquence de faire cesser d'elle-même la prostitution clandestine. Aussi n'est-ce pas le nombre des agents des mœurs qu'il faut augmenter, mais celui des médecins sanitaires.

Voici comment se pratique la visite médicale dans les principales villes de France :

A Paris, la visite des filles de maisons se fait tous les huit jours ; celle des filles isolées a lieu tous les quinze jours. Quant aux frais de visites, ils sont nuls, c'est-à-dire que la visite est gratuite pour toutes les filles.

A Marseille, les filles de maisons ou isolées subissent chaque semaine une visite sanitaire, mais elles choisissent le jour qui leur convient. La visite du lundi est gratuite ; les filles qui viennent à la visite du mardi payent 1 franc ; les mercredi et vendredi, la taxe est de 2 francs, et le samedi elle est de 3 francs (1).

A Bordeaux, les filles publiques sont soumises à une visite hebdomadaire. Elle est gratuite le mardi et le mercredi. Toutes les filles qui ont manqué à l'une de ces visites peuvent se présenter le jeudi et le vendredi en payant une amende de 75 centimes. Elles peuvent aussi venir à la visite du samedi, en payant une amende de 2 francs (2).

A Lyon, ainsi que je l'ai dit, la visite est hebdomadaire pour toutes les filles inscrites, payante pour les filles de maisons, payante ou gratuite pour les filles isolées.

Ainsi, à Paris, à Marseille, à Bordeaux, les filles prostituées ne sont soumises, comme à Lyon, qu'à une seule visite hebdomadaire.

Cette identité du règlement de police sanitaire semble, au premier abord, témoigner en faveur de ses heureux effets et indiquer qu'il satisfait pleinement aux exigences de la prostitution. Toutefois, il n'en est rien : ce règlement est tout à fait insuffisant et en désaccord complet avec l'opinion de tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Tous déclarent qu'une visite tous les 15 jours ou une fois par semaine est insuffisante (3).

Ricord veut une visite au moins tous les 3 jours, Ratier et Sandouville tous les 4 jours ; Bavila et beaucoup d'autres 2 fois par semaine. Lancereaux tous les 2 jours ; Belhomme et Martin réclament des visites plus fréquentes ;

(1) Mireur, 1875, *La Syphilis et la Prostitution*.

(2) Mireur, *loc. cit.*

(3) Mireur, *loc. cit.*

Langlebert demande une visite tous les jours ou tous les 2 jours, pour les prostituées syphilitiques; une visite 2 fois par semaine pour les filles publiques exemptes d'infection syphilitique. Mireur propose que les filles de maisons soient traitées par la matrone et que la visite sanitaire ne soit qu'un contrôle.

Si notre éminent maître, M. Diday, dans un travail publié en 1873 dans les *Annales de dermatologie*, proposait une visite tous les 15 jours pour les filles de maisons ou isolées, il a changé d'avis à cet égard. Je puis vous dire, en effet, sans commettre une indiscretion, que les membres de la commission chargée de la réorganisation du service sanitaire de Lyon ont demandé une visite tous les 3 jours.

Il est inutile de vous rappeler quels sont les membres de cette commission, car vous les connaissez tous, ils font tous partie de la Société nationale de médecine (1).

En France, la nécessité de multiplier les visites sanitaires est donc un fait admis par tous les spécialistes.

A l'étranger, la même opinion règne. Ainsi, en Belgique, d'après un projet de règlement, les filles publiques doivent subir au moins 2 visites par semaine.

En présence de cette unanimité d'opinions, pourquoi maintenir l'état actuel, c'est-à-dire la visite hebdomadaire ?

C'est sans doute à cause de certaines difficultés dans l'application de nouvelles mesures. Cela n'est pourtant pas suffisant, car il me semble qu'il est facile de faire exécuter un règlement de ce genre, fût-il même très sévère.

Il ne faut pas oublier que les moyens de douceurner réussissent pas avec cette classe de la société dont nous nous

(1) Diday, Rollet, Gailleton, Dron et Horand,

occupons en ce moment. Étant donc admis un nombre déterminé de visites, chaque fille publique doit se présenter régulièrement le jour qui lui est fixé, ou encourir une punition que je m'efforcerai de déterminer plus loin.

Pour moi, admettant la nécessité de fréquentes visites, je demande une visite tous les 3 jours pour toutes les filles inscrites à la police.

Comment exécuter ce nouvel article du règlement de police ?

A Lyon, chaque fille de maisons paye 2 francs par visite ; les filles isolées ont une visite gratuite le matin ou une visite payante à 1 franc le soir, à leur choix.

Quel que soit le but auquel est destiné le produit des visites, cette taxe doit être abolie ; il s'agit en réalité d'une question d'hygiène qui intéresse toute la population ; c'est donc la ville tout entière qui doit concourir à payer les frais qu'occasionne le service sanitaire.

La syphilis qui peut se propager chaque jour dans les familles, etc. de tant de façons différentes, ne mérite-t-elle pas d'être surveillée avec le même soin que les épidémies qui ne sont que passagères et exceptionnelles ? On contracte la variole ou la fièvre typhoïde : la guérison et le retour complet à la santé sont la règle. Peut-on en dire autant de la syphilis ? Je ne le pense pas.

Il est donc de toute nécessité que la visite soit gratuite à Lyon comme à Paris. A Paris, la visite a d'abord été payante, mais on a supprimé la taxe en 1829, sur la demande de la préfecture de police elle-même. Le passage suivant emprunté à M. Lecour mérite d'être cité : « L'opinion publique qui avait préconisé la taxe se tourna contre elle, l'envisageant comme une sorte de fiscalité honteuse, un impôt sur la débauche créé à son profit par la police, qui avait, dès lors, tout intérêt à la favoriser. Cette improba-

tion se manifesta sous toutes formes; elle se produisit jusqu'à la tribune de la Chambre des députés, et s'enracina à ce point qu'elle n'a pas encore disparu, bien que la taxe ait été supprimée depuis 30 ans. (1) »

Après une expérience de 50 ans, pourquoi à Lyon n'imitet-on pas Paris, pourquoi les dépenses du dispensaire ne figurent-elles pas au budget municipal ?

La visite étant gratuite, on peut la rendre fréquente.

Les filles de maisons viendront assurément avec la plus grande exactitude. Du reste, il est facile de constituer les maîtresses de maisons responsables.

Quant aux filles isolées, si elles ne sont pas exactes à venir à la visite, on peut les rechercher, car elles sont connues de la police, et leur infliger une punition. Expulser celles qui ne sont pas de Lyon ; punir les autres de 1 à 20 jours de dépôt ou de Saint-Joseph, comme cela se pratique actuellement suivant récidive ou non.

Il est un autre moyen que je proposerais et qui serait peut-être plus efficace. Il consisterait à imposer aux filles isolées une taxe de 1 à 2 francs sous forme de gage, lors de la première visite de la semaine, gage qui leur serait rendu à la visite suivante.

Pour me résumer en peu de mots, je terminerai par les conclusions suivantes :

- 1° Gratuité des visites sanitaires ;
- 2° Une visite obligatoire tous les 3 jours pour les filles publiques de maisons ou isolées.

Lecour, 1870. — La prostitution à Paris et à Londres.

II

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par Charles MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi.

2^e Partie (Suite).

SECTION III.

Considérations sur l'étiologie, les symptômes, les signes et la pathogénie des syphiloses cérébro-spinales précoces.

I

Parmi les innombrables syphilis qui se contractent tous les jours, il y en a relativement fort peu qui exposent immédiatement les malades aux accidents graves de la syphilose cérébro-spinale. Il importerait au plus haut point de pouvoir discerner les cas qu'une fatalité inexplicable condamne à subir de si redoutables éventualités. Malheureusement on n'a encore découvert, ni dans les circonstances étiologiques communes, ni dans les caractères que revêt la maladie constitutionnelle dès ses premières manifestations, aucun indice certain qui permet, non pas d'affirmer, mais même de soupçonner qu'il surviendra, à une époque peu éloignée, des troubles profonds et permanents dans les fonctions nerveuses.

L'âge, le sexe, le tempérament, l'état de santé anté-

rieur, ne paraissent avoir aucune action prédisposante propre à provoquer ou à faciliter l'explosion de la syphilis cérébro-spinale.

En est-il ainsi du genre de vie, des habitudes hygiéniques? Sans doute, il faut faire entrer dans l'étiologie générale de toutes les manifestations morbides diathésiques, qu'elles appartiennent à la syphilis ou à toute autre maladie constitutionnelles, les écarts de régime, l'alcoolisme, les excès vénériens, les déperditions de force produites par toutes les irrégularités de l'existence matérielle et de la vie morale. Il est évident que les cerveaux excédés par les veilles et les travaux intellectuels, déprimés par les chagrins, tourmentés par des maux réels ou imaginaires, se trouveront dans un état d'aptitude morbide très favorable aux déterminations syphilitiques. Les excès vénériens qui soustraient au névraxe une si grande somme d'influx nerveux, doivent aussi être mis au premier rang parmi les causes prédisposantes.

Mais, il faut en convenir, dans la plupart des cas les névropathies syphilitiques n'ont point besoin, pour se développer, d'un tel concours de conditions étiologiques. Elles procèdent directement de la maladie constitutionnelle, qui les crée par un acte de spontanéité élective, dont nous sommes incapables, jusqu'à présent, de pénétrer le mystère. Nous assistons aux effets sans comprendre le sens de leur causalité profonde.

II

Un fait qui me frappa beaucoup lorsque j'observai pour la première fois des cas de syphilose cérébro-spinale, ce fut la bénignité de l'accident primitif. Tous mes malades ont eu un chancre infectant superficiel, qui n'a manifesté aucune tendance à l'ulcération et qui s'est guéri en quelques

jours sans laisser aucune trace. Et ce que je dis du chancre s'applique aussi aux manifestations générales de la maladie. Des éruptions érythémateuses ou papuleuses, des plaques muqueuses, tels étaient les accidents qui précédaient, accompagnaient ou suivaient les attaques de syphilose cérébro-spinale. On peut dire qu'ils ont toujours été insignifiants, eu égard à la gravité de la détermination viscérale.

D'autres observateurs ont fait la même remarque. — M. Broadbent est celui qui a le plus insisté sur cette particularité. Dans ses belles leçons : *On syphilitic affections of the nervous system* (*Lancet*, 1874), il soutient que c'est principalement lorsque les symptômes secondaires ont été légers ou ont fait défaut, ou bien lorsque les symptômes tertiaires se sont montrés prématurément que les accidents nerveux ont fait explosion. Il cite, à l'appui de son opinion, Gros et Lancereaux, Braus, Buzard et Moxon. Cette remarque s'applique à toutes les syphiloses cérébro-spinales, quel que soit le moment de la diathèse auquel elles se produisent.

Eh bien ! quoique M. Broadbent soit très absolu dans sa manière de voir, il le serait encore plus s'il n'avait compris dans son appréciation que les cas de détermination syphilitique *précoce* sur les centres nerveux.

Est-ce à dire que les syphilis graves ou malignes confèrent au malade une sorte d'immunité contre la syphilis cérébro-spinale ? Non, assurément, puisqu'il y a quelques cas qui prouvent le contraire. Mais ce qu'on peut avancer, c'est qu'elles n'y prédisposent pas.

D'un autre côté, parce qu'une syphilis est bénigne dans son accident primitif et dans ses premières manifestations cutanées et muqueuses, faut-il la soupçonner d'éventualités névropathiques prochaines ? Non, encore, puisqu'un nombre immense de syphilis légères ou d'une moyenne intensité évoluent ou guérissent sans les présenter jamais.

Donc, de quelque façon que nous envisagions les causes qui viennent d'être passées en revue, nous sommes condamnés à l'incertitude sur le pronostic.

III


Mais si nous ne trouvons ni chez le malade lui-même, ni dans l'étiologie commune, ni dans les caractères de l'accident primitif, des notions qui nous permettent de prévoir la détermination cérébro-spinale, peut-être serons-nous plus heureux en interrogeant les troubles constitutionnels que suscite quelquefois dans l'organisme l'intoxication syphilitique. — Indépendamment du mouvement fébrile, de l'anémie, de la chute des forces et de l'amai-grissement, etc., on voit chez certains sujets un ébranlement nerveux considérable précéder de quelques jours les éruptions cutanées, et céder peu à peu à mesure qu'elles marchent vers la plénitude de leur efflorescence. Eh bien ! quel pronostic peut-on fonder sur ces perturbations si variées et si multiples de la nervosité ? Généralement elles ne présagent rien de grave ; elles se calment spontanément ou se dissipent sous l'action de l'iodure de potassium. J'ai vu, chez des femmes ces névropathies d'invasion, acquérir un degré d'intensité extrême, sans laisser trace de leur passage dans le cerveau ou la moelle épinière. Par contre, chez plusieurs sujets atteints plus tard de syphilose cérébro-spinale, les névropathies d'invasion ne s'étaient pas manifestées.

Le danger n'est pas encore là, et de pareils troubles sont rarement les prodromes d'une détermination fixe et organique. Mais, si au lieu d'être fugaces ils persistent ; si, loin de se calmer à mesure que les éruptions mucoso-cutanées se développent, ils redoublent de violence ; et surtout, si, après avoir disparu, ils se reproduisent plus tard d'une

manière continue ou par attaques soudaines et nocturnes, il faut les considérer, non plus comme des troubles constitutionnels vagues, mais comme les symptômes précis d'une action morbide qui se localise sur un ou plusieurs points des centres nerveux.

Névralgies temporo-faciales, fronto-cervico-pariétales, myopathies douloureuses des muscles du cou, céphalées atroces à redoublements nocturnes, éblouissements, obnubilations, étourdissements, accès vertigineux, sensations étranges dans l'intérieur du crâne, insomnies ou somnolences invincibles, irradiations douloureuses dans diverses parties du corps, faiblesse musculaire ou indécision et incohérence dans les mouvements, et, du côté de l'entendement, diminution ou trouble de plusieurs facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire ; modification du caractère, tristesse, pressentiments sinistres, impressionnabilité excessive, etc., tels sont les phénomènes qui, isolés ou réunis, doivent faire craindre l'invasion prochaine d'une syphilose cérébrale. Leur signification pathologique est en raison directe de leur durée, de leur continuité ou de la fréquence de leurs attaques.

Si tous ces symptômes prémonitoires ont une importance séméiotique que prouve surabondamment l'observation clinique, il y en a quelques-uns qui, par eux-mêmes et par leur association avec d'autres, acquièrent une valeur exceptionnelle. En première ligne, il faut placer *les céphalées*, avec leurs variétés infinies comme siège, intensité, durée, retour périodique ou continuité, etc. Quand ces douleurs de tête deviennent atroces et s'exaspèrent principalement pendant la nuit ; quand par leur violence elles vont jusqu'à produire une sorte de délire momentané, il faut redouter l'imminence prochaine d'une attaque d'encéphalopathie. L'*insomnie* aussi est un signe capital. Elle peut exister seule ou accompagner la céphalalgie dont elle est



la conséquence. — Qu'on ajoute à ces deux prodromes un *affaiblissement brusque et notable de la mémoire*, une *diminution ou une perte complète du pouvoir sexuel*, et on aura un groupe de quatre symptômes indicateurs de premier ordre. Sans préciser la localisation, ils donnent la certitude que les centres nerveux, et surtout le cerveau, sont sous le coup d'un travail morbide grave. Et si à ces symptômes s'ajoutaient, comme j'en ai vu des exemples, la parésie de la vessie et du rectum, des douleurs en ceinture autour du tronc, à divers niveaux, avec des troubles cardio-pulmonaires, on pourrait affirmer que l'action syphilitique a envahi tout le névraxe.

Un autre signe précieux, surtout au point de vue d'une localisation précise, ce sont les douleurs que certains malades ressentent dans les profondeurs de la cavité orbitaire. Elles ressemblent à des douleurs de crampe et proviennent sans doute des efforts inconscients d'accommodation que nécessite la paresse d'un ou de plusieurs muscles moteurs de l'œil. Quand on analyse avec soin les céphalées frontales, on arrive à découvrir et à démêler au milieu de la douleur commune cette douleur orbitaire spéciale qui se manifeste avant la diplopie et les déviations de l'axe visuel.

Les troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité sensorielle sont loin de fournir des signes aussi certains que les troubles de la motilité. — Anesthésie, hyperesthésie, se montrent rarement au début ou dans le cours des névropathies syphilitiques, avec une prédominance particulière. — L'hyperesthésie est tout à fait exceptionnelle en dehors des névralgies et des céphalées. Quant à l'anesthésie, elle accompagne la paralysie du mouvement comme dans les névropathies organiques communes; mais elle lui est toujours subordonnée, et j'ai remarqué maintes fois qu'elle est relativement beaucoup moins pro-

noncée dans les paralysies syphilitiques que dans les paralysies se rattachant à une autre cause.

Ces prodromes de l'action syphilitique sur les centres nerveux se montrent presque constamment au début de toutes les syphiloses cérébro-spinales précoces. — Ils ne diffèrent en rien de ceux qui précèdent et annoncent les encéphalo-myélopathies tardives ; ils ne leur sont inférieurs ni par le nombre, ni par l'intensité, ni par l'association caractéristique des phénomènes.

IV

Occupons-nous maintenant des symptômes de la détermination syphilitique confirmée, et apprécions-les au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

Les troubles de la vue qui résultent d'un défaut d'accommodation sont une des manifestations les plus communes de la syphilose cérébrale. S'ils surviennent dans la première année de la diathèse, il est tout naturel de l'en rendre responsable. La difficulté qui se présente plus tard pour savoir s'ils dépendent de la syphilis ou d'autres affections, telles que l'ataxie locomotrice, par exemple, n'existe pas du moment qu'on est en pleine activité de la maladie générale, et qu'on en voit de tous côtés les manifestations. D'ailleurs, ces paralysies des muscles moteurs, par leur circonscription à quelques rameaux nerveux (mydriase), par l'irrégularité de leur distribution sur l'un des yeux ou sur les deux, sans aucun ordre systématique, portent avec elles le cachet de leur origine.

La question du pronostic est plus difficile et plus grave. Sans doute, par elles-mêmes, ces paralysies n'impliquent pas un danger considérable ; malheureusement, elles sont rarement seules, et dans un trop grand nombre de cas, elles précèdent et annoncent l'encéphalopathie.

Il faut se défier de ces paralysies et les regarder comme des phénomènes précurseurs d'une autre localisation plus redoutable, quand elles s'accompagnent de névrite optique, de vertiges que n'explique pas la diplopie, quand la céphalalgie se généralise et redouble de violence pendant la nuit, et surtout quand les facultés mentales, la mémoire, la puissance virile, quelques groupes des muscles périphériques, etc., subissent d'une manière continue ou par accès l'influence nocive de l'action syphilitique sur les centres.

Ces paralysies sont incomparablement supérieures comme valeur diagnostique et pronostique à l'hémiplégie faciale, qu'on trouve notée dans un si grand nombre d'observations de syphilose cérébrale. J'ai la conviction que l'hémiplégie faciale exempte de toute autre combinaison paralytique, de toute autre manifestation névropathique, est infiniment moins souvent syphilitique qu'on ne le prétend.

Une hémiplégie faciale accidentelle, rhumatismale, ne peut-elle pas se produire au début ou dans le cours de la syphilis, sans que cette maladie entre pour rien dans son étiologie ? C'est une affection assez commune pour qu'il en soit ainsi.

Il y a quelque temps, je donnais des soins à un jeune homme de 21 ans, atteint d'un chancre induré. Le 42^e jour de ce chancre, céphalalgie, puis roséole papuleuse confluente, maux de gorge, etc. — Le 50^e, sans aucun redoublement de la céphalalgie qui est restée très ordinaire, hémiplégie faciale droite avec paralysie de l'orbiculaire, déviation à gauche de la luette, conservation de la sensibilité, etc. Aucun trouble psychique, aucun phénomène cérébral, rien du côté des autres nerfs.

Ne voilà-t-il pas une hémiplégie faciale survenue dans des conditions telles qu'il serait assez naturel de la considérer comme syphilitique ? Telle ne fut point pourtant ma

manière de voir. Je ne donnai pas d'iodure au malade ; je n'augmentai pas la dose de mercure que je lui faisais prendre depuis le début du chancre. Je me bornai à l'application d'un vésicatoire volant derrière l'oreille droite, au-dessous de l'apophyse mastoïde. Au bout de 8 jours, la paralysie avait diminué de moitié, et 15 à 20 jours après, presque entièrement disparu. — J'ai revu ce malade bien souvent depuis ; il n'a jamais présenté aucun accident pouvant se rattacher à une syphilose cérébrale.

Pour qu'une hémiplegie faciale soit déclarée syphilitique, il faut d'autres phénomènes que ceux qui se rattachent à une paralysie pure et simple du facial.

Qu'on se donne la peine d'observer avec soin, et on verra que dans les cas où la diathèse intervient, elle se limite rarement à ce nerf. Avant, pendant ou après l'attaque d'hémiplegie faciale, il y a des parésies vagues ou prononcées sur d'autres muscles, sur ceux des yeux, par exemple, ou sur ceux d'un membre du même côté ou du côté opposé. Ou bien ce sont d'autres troubles cérébraux significatifs, tels que les vertiges, la perte de la mémoire, l'insomnie, etc. ; et puis, l'encéphalopathie se déclare et il devient visible tôt ou tard que l'hémiplegie faciale n'en était que l'avant-coureur.

Il faut au moins qu'une hémiplegie faciale soit précédée et accompagnée de violentes céphalées nocturnes pour qu'on la considère comme syphilitique. Sans doute l'action diathésique peut se concentrer sur le nerf lui-même ou son conduit osseux, mais la base du cerveau est si près, qu'il y a bien des chances pour qu'elle soit touchée.

V

Les statistiques démontrent combien sont rares les crises épileptiformes pendant les premières phases de la syphilis.

Donc, eu égard à leur fréquence, elles ont beaucoup moins d'importance que les phénomènes paralytiques ; mais comme symptômes diathésiques, elles ne leur cèdent en rien. — Ne sont-elles quelquefois qu'une simple perturbation nerveuse sans lésion matérielle persistante ? Un trouble névropathique transitoire et semblable aux céphalées de la période prodromique des éruptions érythémateuses de la syphilis ? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Au contraire l'épilepsie généralisée, mais surtout l'épilepsie localisée, partielle, hémiplegique, cette hémiplegie si remarquablement décrite par M. Hughlings Jackson, qu'on l'appelle souvent Jacksonienne, cette épilepsie est éminemment syphilitique ; et, au même titre que la paralysie, que l'aphasie, elle traduit un désordre matériel produit par l'action diathésique sur tel ou tel point de l'écorce cérébrale.

Ce n'est pas ici le lieu de tracer les caractères distinctifs de l'épilepsie syphilitique ; ils ont été magistralement établis par les belles recherches de M. Hughlings Jackson. Todd, Broadbent, Buzzard et d'autres pathologistes anglais en ont aussi donné des descriptions qui ne laissent rien à désirer.

Ne serait-il pas rationnel de supposer que les convulsions, les contractions, les épilepsies généralisées ou partielles, en un mot tous les phénomènes qui traduisent une excitation cérébrale morbide de l'écorce, devraient s'observer bien plus fréquemment pendant les premières phases de la syphilis que plus tard ? Eh bien ! ce n'est point là ce qui a lieu. Dans les syphiloses cérébro-spinales précoces, tous les centres fonctionnels présentent en général une prédominance marquée de phénomènes de dépression.

Si l'épilepsie syphilitique précoce est rare, elle devient, par contre, un accident commun à la période moyenne

ou tardive de l'évolution diathésique. Elle se rattache alors, soit à des gommés de l'écorce, soit plus fréquemment à des scléroses corticales, à des inflammations spécifiques, avec suffusion plastique localisée ou diffuse des méninges, à des pachiméningites spécifiques partielles, etc.

Les syphiloses diffuses, méningo-encéphaliques ne sont pas moins rares que la syphilose épileptiforme pendant la première phase de la syphilis. Je n'en ai observé qu'un ou deux cas, et je n'en ai trouvé que fort peu d'observations dans les recueils scientifiques. Est-ce un effet du hasard ?

Un médecin américain des plus distingués, M. le docteur Taylor, croit cependant que la méningite subaiguë syphilitique est relativement fréquente pendant la seconde période de la syphilis. Céphalalgie violente et continue, vertiges, cauchemars ou insomnies, éréthisme nerveux, hyperesthésie des sens, troubles psychiques, délire intermittent ou continu pouvant aller jusqu'à la manie suraiguë, fièvre, etc., tels sont les principaux symptômes qui se sont présentés chez deux malades de M. Taylor, qui ont guéri, et chez un troisième, où les choses ont toujours marché en s'aggravant.

Un type de ces sortes de syphiloses méningo-encéphaliques diffuses, c'est le malade de l'observation I^{re}, dont l'histoire est racontée dans la première partie de ce mémoire (page 5). Les commentaires dont je l'ai fait suivre me dispensent de décrire ici cette forme. Je dois me borner à insister sur sa rareté relative, malgré l'analogie de processus qui devrait exister entre les lésions congestives et inflammatoires mucoso-cutanées, et les inflammations et hyperémies spécifiques des méninges.

VI

La question des méningo-encéphalites me conduit à examiner la valeur des troubles psychiques et des paralysies généralisées ou diffuses pendant les premières périodes de la syphilis.

Je n'ai jamais observé à cette époque de psychose pure, c'est-à-dire dégagée de toute autre association phénoménale. Dans tous les cas, l'intelligence et le moral ont été plus ou moins ébranlés, et même atteints quelquefois au point de ne s'en pouvoir pas relever; mais l'affection mentale n'était qu'un épisode de l'encéphalopathie spécifique, une sorte de décadence qui marchait parallèlement à celle des autres fonctions nerveuses, et qui loin de dominer cette dernière, lui semblait plutôt subordonnée.

Dans les syphilopsychoses, dont on exagère peut-être un peu trop la fréquence depuis quelques années, il se produit rarement des conceptions délirantes à direction fixe et invariable. Sans doute, beaucoup de malades tombent dans la mélancolie et l'hypochondrie; l'idée du suicide hante souvent leur cerveau malade. Mais ce qui caractérise leur état mental, c'est surtout l'hébétude, l'abrutissement, l'absurdité, la bizarrerie, l'incohérence des idées, l'affaiblissement progressif de la mémoire et de toutes les autres facultés. En un mot, on observe chez eux l'état mental du ramollissement beaucoup plus que celui de la folie proprement dite.

Voilà à quoi se sont réduites les syphilopsychoses que j'ai vues se développer pendant la première phase de la diathèse. Et remarquez bien qu'elles n'étaient qu'au second plan. Comme date et comme importance elles ne venaient qu'après les accidents paralytiques.

Qu'on ne se figure pourtant pas que je réduise au rôle d'un simple épiphénomène les troubles psychiques produits par la syphilis. Je veux dire seulement qu'il est rare de les voir occuper toute la scène morbide à eux seuls et que, dans le vaste complexus pathologique de la syphilose cérébrale, ils se font une place plus ou moins grande, sans toutefois l'envahir tout entière.

Et puis, les manies vraies qui surviennent chez un syphilitique sont-elles toujours syphilitiques ? La syphilis ne pourrait-elle pas là, comme pour d'autres états morbides, ne jouer que le rôle de cause incitatrice ? N'est-ce pas ce qu'elle fait dans beaucoup de cas de paralysie générale qu'on a peut-être tort de lui attribuer exclusivement ?

Ce sont là de graves questions que je me contente d'effleurer ici. Et si je parle de la paralysie générale, c'est que j'ai été appelé à donner mon avis sur un malade devenu paralytique général, trois ou quatre ans après le début d'une syphilis d'intensité moyenne, dont je l'avais soigné pendant deux ans. — C'était une paralysie générale typique dans toutes ses manifestations, aussi bien que dans son processus, et il me fut impossible de saisir en elle aucun de ces phénomènes morbides si caractéristiques par leur marche et par leur association, qui émanent directement de l'action syphilitique sur les centres nerveux.

La syphilis donne lieu à des *paralysies généralisées* plutôt qu'à la *cérébropathie* bien définie qu'on nomme la *paralysie générale*. — Dans ces sortes d'états morbides terminaux, où l'envahissement progressif de tous les centres par le travail morbide syphilitique a diminué, anéanti ou bouleversé toutes les activités nerveuses dans leur synergie fonctionnelle, nous trouvons tous les désordres névropathiques. C'est un chaos surprenant de symptômes paralytiques, psychiques, sensoriaux, auxquels rien ne

manque, sauf la coordination phénoménale, la *systématisation* de tel ou tel accident, dont la prédominance marque certaines maladies d'une empreinte ineffaçable. Je dirai de la paralysie générale ce que j'ai dit dans un autre ouvrage de l'ataxie locomotrice, dans ses rapports de causalité avec la syphilis (1). Cette maladie peut donner lieu à des états morbides qui se rapprochent beaucoup de ces deux affections et qui leur ressemblent, mais quand on y regarde de près on arrive presque toujours à découvrir les signes différentiels.

VII

Mais revenons à notre sujet. Les paralysies localisées constituent l'événement pathologique le plus remarquable des syphiloses cérébro-spinales précoces. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le sommaire des observations pour s'en convaincre. Nous avons étudié plus haut quelques paralysies partielles de la face et nous avons fait ressortir leur valeur diagnostique et pronostique.

Maintenant nous allons parler de paralysies bien autrement importantes, parce qu'elles sont d'origine centrale et qu'elles impliquent toujours l'existence d'une lésion grave du névraxe.

Comparées aux paralysies partielles, disséminées sur les muscles de la face ou les moteurs de l'œil, les hémiplegies de tout un côté du corps forment un faisceau symptomatique solidement lié. Ajoutez à cela qu'elles s'associent très souvent, du moins celles du côté droit, avec l'aphasie.

Cette systématisation phénoménale, au milieu de l'irrégularité, de l'éparpillement de quelques autres phénomènes nerveux syphilitiques, n'est-elle pas une circonstance patho-

(1) Des localisations de la syphilose corticale du cerveau. Aphasie et hémiplegie droite syphilitique à forme intermittente, Masson, lib.-éd., 1876.

logique des plus frappantes ? Elle se rattache à des questions de physiologie pathologique, dont j'ai fait ressortir tout l'intérêt dans un autre travail. — Mais on ne saurait trop y insister ; aussi vais-je aborder de nouveau une étude qui est bien en place ici, puisque ces hémiplegies avec l'aphasie sont l'expression phénoménale la plus commune des syphiloses cérébrales précoces. En effet, elles entrent pour moitié environ dans le nombre des cas que j'ai pu recueillir, de telle sorte que parmi les individus dont une syphilis récente doit atteindre les centres nerveux, l'hémiplegie avec ou sans aphasie est l'accident le plus à craindre.

Les hémiplegies syphilitiques d'origine centrale ne se produisent pas habituellement d'une façon lente et progressive comme la lésion dont elles dépendent. Elles frappent brusquement. C'est une véritable attaque d'apoplexie qui a lieu. Elle ressemble beaucoup aux apoplexies de toute autre cause.

Elles en diffèrent pourtant par deux caractères : l'absence habituelle de perte de connaissance et le degré de la paralysie, qui va rarement jusqu'à l'abolition complète de la motilité. On pourrait ajouter aussi à ces deux caractères une paralysie moins prononcée de la sensibilité.

Toutes les paralysies syphilitiques ne sont pas apoplectiformes. Les paraplégies, par exemple, s'établissent peu à peu, quand elles dépendent d'une lésion de la moelle. Il en est autrement si elles proviennent d'une lésion simultanée des centres psycho-moteurs de l'écorce, dans l'un et l'autre hémisphère cérébral. La plupart des paralysies partielles se rapprochent comme processus de la paralysie des extrémités inférieures.

Un autre trait des paralysies syphilitiques, c'est que celles de droite alternent souvent avec celles de gauche.

(A suivre.)

III.

FIN DES OBSERVATIONS. — QU'EST-CE QUE LA DOURINE? par M. le professeur SAINT-CYR.

(Suite et fin.)

Nos études sur la *Dourine* viennent de prendre fin d'une manière que nous étions loin de prévoir au début : — *Kouina*, qui, depuis plusieurs jours, ne se tenait plus debout, dont le pouls était monté progressivement de 42 à 64 pulsations par minute, la respiration, de 10 à 33, la température, de 38° à 40° et 40°, 6, *Kouina* est mort le 1^{er} avril, et son autopsie (Voyez : *Anatomie pathologique de la Dourine*, par M. Galtier ; *Journal de méd. vét. et de zool.*, mars 1878) a fait voir qu'il avait succombé à une invasion de *Morve aiguë* des mieux caractérisées, quoique non soupçonnée pendant la vie ; *Zaatchi*, dont l'état s'était aussi aggravé, qui souffrait d'arthropathies aiguës au point de rendre sa station difficile, *Zaatchi* a été sacrifié le 8 avril par ordre de M. le Directeur, et nous avons trouvé dans ses poumons un nombre considérable de tumeurs crétacées d'une nature indécise.

Nous n'avons pas à revenir sur l'autopsie de ces deux sujets, très bien présentée par M. Galtier ; mais, une question se pose, question que vous avez entendu poser et résoudre dans notre milieu clinique, et sur laquelle vous êtes en droit de me demander mon opinion. — Cette question est celle-ci ;

Qu'est-ce en définitive, que cette Dourine dont nous

sommes tant occupés dans ces derniers temps ? — Ne serait-ce point, par hasard, tout simplement la MORVE, sous une forme méconnue jusqu'ici ?

Vous avez entendu émettre cette opinion, qui peut, je le reconnais, s'appuyer sur ce fait, depuis longtemps signalé par les auteurs, que la Dourine se termine assez souvent par la morve. Cette opinion, je ne la partage pas et je dois vous dire pourquoi.

Je n'insisterai pas sur les différences *symptomatologiques* existant entre la morve et la Dourine, telle que l'ont décrite tous les observateurs ; je ne puis cependant m'empêcher de vous faire remarquer que les symptômes *dominants* de cette dernière n'appartiennent pas à la morve telle que vous avez depuis longtemps appris à la connaître.

— Ainsi, s'il est vrai, comme j'ai eu souvent l'occasion de vous le faire remarquer, qu'on observe parfois, dans la morve classique, une légère déviation du bout du nez, tantôt à droite, tantôt à gauche, indiquant un peu de paralysie des muscles animés par le nerf de la 7^e paire du côté correspondant, quelle différence n'y a-t-il pas, cependant, entre ce petit symptôme de la morve, encore inédit, je crois, et cette paralysie complète du nez, des lèvres, des joues, des oreilles, dont *Kouina*, nous a offert un si bel exemple, et que *tous* les auteurs qui ont décrit la *Dourine de visu* signalent comme un symptôme fréquent et important ?

Quand avez-vous vu, quels auteurs ont décrit, dans la *morve*, ces flexions brusques des boulets pendant la vie, ces arthropathies intermittentes survenant sans causes connues et disparaissant de même, cet amaigrissement, cette roideur progressivement croissante de l'arrière-train, aboutissant un peu plus tôt, un peu plus tard, à la paralysie complète, et qui forment comme le fond de la symptomatologie de la *Dourine* ? En quoi ces *plaques cutanées*,

sur lesquelles nous avons tant insisté, ressemblent-elles aux boutons sous-cutanés, aboutissant fatalement à la suppuration, qui caractérisent l'éruption farcineuse ?

Je n'insiste pas, je le répète. Je sais qu'il est des affections essentiellement *polymorphes*, et que la morve, entre autres, peut se présenter sous des formes très diverses ; et les partisans de l'identité peuvent nous dire qu'après tout, il n'y a pas beaucoup plus de différence entre la morve et la *Dourine* qu'entre la morve et le farcin, dont l'identité n'est plus contestée aujourd'hui.

Soit. — Mais si la Dourine n'est autre chose que la morve, comment se fait-il qu'on ne l'observe *jamais* que chez les reproducteurs ? Quelle ne se transmette *jamais* que par la *copulation* ? — Car vous savez que c'est là un des caractères de la maladie que nous venons d'étudier ensemble ; vous savez que si l'on a pu dire quelquefois le contraire, ces assertions reposent sur des faits contestables et fortement contestés. Vous vous rappelez, notamment, que Rekleben ayant avancé qu'on avait vu la Dourine sur quelques chevaux hongres dans l'épizootie de Posen, en 1807, Rodloff n'a pas craint de s'inscrire en faux contre cette assertion, affirmant qu'il avait compulsé tous les documents officiels et relatifs à cette épizootie, où les malades sont relevés par sexes, et qu'il n'y a vu figurer aucun cheval hongre.

D'autre part, si la morve et la Dourine sont identiques, n'aurait-on pas dû voir, dans les diverses épizooties de Dourine qui ont été décrites, la morve se montrer de temps à autre, sous sa forme classique, comme conséquence de l'infection coïtale ? N'est-ce pas ce qu'on remarque journellement pour la morve et le farcin ? Et n'est-ce pas cette propriété de naître d'un même virus qui a conduit à la découverte de l'identité de ces deux formes morbides ? Or, il n'en est plus de même pour la Dourine et pour la morve.

— On a bien vu, — et nous venons de voir nous-mêmes, celle-ci se montrer pendant le cours de la première ; mais *toujours* comme complication, à une période avancée de la maladie ; *jamais* comme forme *primitive*, comme conséquence directe, immédiate de l'action du virus *coïtal* ; — du moins, je n'en ai trouvé aucun exemple dans les nombreux écrits que j'ai été amené à consulter à l'occasion de ces leçons. — Est-il donc admissible que si un fait pareil s'était produit, il eût passé inaperçu de tant d'observateurs distingués qui ont étudié la morve, d'une part et la Dourine, de l'autre ? Et s'il ne s'est pas produit, n'est-ce pas une preuve que les deux maladies que nous comparons sont essentiellement différentes ?

De même, ou pour mieux dire, inversement, personne n'a vu, personne n'a dit avoir vu, que je sache, la *Dourine* résulter de l'infection morveuse proprement dite. Les faits ne sont cependant pas rares de *juments morveuses* saillies par des étalons sains, — ou de juments saines accouplées avec des étalons morveux ou farcineux ; et souvent dans ces cas, la maladie a été transmise *sous forme de morve ou farcin* ; jamais sous forme de *maladie du coït*.

Parcourez nos recueils périodiques, et vous y trouverez des faits de cette nature, extrêmement intéressants sous tous les rapports, mais qui *tous* déposent dans le même sens, dans le sens de la *spécificité* des deux maladies.

Vous trouverez, par exemple, dans le *Journal de médecine vétérinaire de Lyon*, année 1845, page 537, le fait, rapporté par LÉPINE, d'un étalon farcineux qui transmet le farcin à six juments appartenant à différents propriétaires et de diverses communes, avec lesquelles il fut successivement accouplé.

Vous lirez dans le *Recueil de médecine vétérinaire*, année 1863, pages 538, 591, et 1864, page 225, l'histoire pleine d'enseignements, d'un étalon morveux, appelé l'*Homme*

bleu, qui devint le point de départ d'une véritable épizootie morveuse dans le canton de Cysoing, département du Nord.

Mais, dans ces deux exemples, et dans tous ceux que l'on pourrait citer, c'est sous ses formes classiques de morve proprement dite ou de farcin que se manifeste la maladie transmise; jamais sous forme de Dourine.

Est-ce que cela ne tranche pas la question? Est-ce que si vraiment il y avait entre la morve et la Dourine l'étroite parenté que l'on suppose on ne verrait pas quelquefois celle-ci procéder de celle-là? Est-ce qu'il n'y a pas chaque année, ici ou là, quelques juments morveuses livrées à l'étalon, quelque étalon morveux faisant la monte? — Est-ce que les uns ou les autres ne deviendraient pas parfois le point de départ de quelque épizootie de Dourine comme celles dont nous avons rappelé l'histoire dans ces leçons? — Est-ce que quelques-unes de ces dernières n'auraient pas eu cette origine? — Eh! bien non! Jamais cela ne s'est vu jusqu'ici; *toujours*, — nous l'avons déjà dit, mais il faut le répéter encore, — *toujours*, quand on a pu remonter à la source, la maladie s'est montrée comme affection *exotique*, importée dans la localité envahie par un étalon étranger, nouvellement introduit et atteint, non pas de la morve, mais de la Dourine elle-même. — Témoins, les deux épizooties de Tarbes en 1851 et 1860.

Pendant le séjour de nos malades dans les infirmeries de la clinique interne, nous avons fait, vous le savez, quelques expériences. Ces expériences contredisent-elles la conclusion que nous nous croyons en droit de tirer de la discussion qui précède? — Examinons, et pour cela, résumons brièvement ces expériences.

1^{re} EXPÉRIENCE. — Le 11 février, nous avons fait acheter une jument, déjà âgée, mais en bon état et encore vi-

goureuse, dans le but de faire saillir la par nos étalons malades.

Mise en rapport avec ceux-ci, la jument montrait promptement des symptômes de *chaleur*; les étalons, de leur côté, en présence de celle-là entraient facilement en érection; ils essayaient de la couvrir, mais la faiblesse de leur train postérieur a toujours mis obstacle à l'accomplissement du coït. Une seule fois, *Kouina* a réussi à se dresser sur ses jarrets et à effectuer l'intromission; mais il a dû redescendre avant d'avoir pu effectuer l'éjaculation.

Comme, pendant l'érection, il s'écoulait par le canal de l'urètre une grande quantité de fluide prostatique clair et limpide, on a recueilli ce fluide, et, à plusieurs reprises, on l'a injecté, à l'aide d'une petite seringue, dans le vagin de la jument. — On a fait plus: on a inoculé à la lancette ce même liquide par plusieurs piqûres faites au pourtour de la vulve.

Vous le savez, toutes ces tentatives sont restées sans résultat, et lorsqu'elle a été sacrifiée, le 3 juin, — c'est-à-dire après quatre mois, — cette jument n'avait jamais cessé de jouir — et jouissait encore — d'une très bonne santé. Son autopsie, faite avec soin, n'a montré aucune lésion qui pût être rapportée à la Dourine, — ni à la morve.

II^e EXPÉRIENCE. — Un cheval entier, vieux, usé, mais bien portant et encore vigoureux, a servi à une expérience de *transfusion*. — Le 26 février, on a fait passer *directement* de la veine jugulaire de *Kouina* dans celle de ce sujet, environ $\frac{3}{4}$ de litre de sang. — Cette opération a été très bien supportée; le cheval s'est maintenu en bonne santé; lorsqu'il a été sacrifié, le 6 avril, après 39 jours d'observation, il se portait très bien, et l'on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion, ni de Dourine, — ni de morve.

III^e et IV^e EXPÉRIENCES. — Le jour même de l'autopsie

de *Kouina*, — 1^{er} avril, — deux sujets ont été inoculés avec les produits morbides pris sur le cadavre de ce sujet, savoir :

A) Un âne entier, très vieux, mais vigoureux, avec le liquide séreux dont le tissu du cordon testiculaire était infiltré ;

B) Une vieille jument, peu vigoureuse, avec le sperme recueilli dans les canaux déférents de *Kouina* et avec le même liquide séreux que ci-dessus.

Ces deux sujets ont contracté la *morve aiguë*. — L'âne fut abattu le 3 avril (3^e jour de l'expérience), en pleine éruption morveuse ; — la jument chez laquelle on avait laissé marcher la maladie, succomba le 6 avril (6^e jour de l'expérience). — Chez l'un comme chez l'autre, l'autopsie a montré les plus belles lésions de la morve aiguë qui se peuvent voir.

V^e EXPÉRIENCE. — Le 9 avril, on recueillit sur *Zaatchi*, qui venait d'être sacrifié, le liquide contenu dans la prostate, les glandes de Cooper, les vésicules séminales, et on injecta dans la veine jugulaire d'un âne entier, à peu près 5 centilitres de ce liquide complexe, avec lequel on pratiqua, en outre, plusieurs inoculations à la lancette sur le même sujet.

Le 18 avril au matin, cet âne, jusqu'alors très bien portant, fut trouvé mort dans l'écurie. Nous avons pensé que, s'étant détaché pendant la nuit, il avait reçu de la jument d'expérience n^o 4, un coup de pied qui l'avait tué. — En tout cas, son autopsie a prouvé qu'il était mort d'accident, et n'a fait voir aucune lésion, ni de *morve*, ni de maladie du coït.

VI^e EXPÉRIENCE. — Le même jour, 9 avril, un autre âne a été inoculé avec un mélange de divers produits, recueillis en différents points du cadavre de *Zaatchi*, 1^o par

injection hypodermique — avec la seringue Pravaz, — d'une assez grande quantité de ce mélange ; 2° par piqûres sous-épidermiques au pourtour de l'anus.

Cet âne est mort le 3 mai, 27 jours après l'inoculation, sans avoir jamais présenté aucun phénomène local aux points inoculés ; mais l'autopsie a fait voir, dans ses deux poumons, de très nombreux tubercules *morveux*. — C'est bien la morve qui l'a tué ; aucun doute n'est possible à cet égard.

VII^e EXPÉRIENCE. — Le même jour, 9 avril, une ânesse a été inoculée avec le même liquide complexe qui a servi pour l'expérience précédente. — L'inoculation est faite : 1° par injection intra-veineuse d'une notable quantité de ce liquide ; 2° par de nombreuses piqûres sous-épidermiques au pourtour de la vulve.

Cette ânesse a été conservée jusqu'au 4 juin, soit pendant 55 jours ; elle n'a pas cessé un seul jour de jouir d'une bonne santé, et, à l'autopsie faite le 4 juin, après abattage, on n'a trouvé aucune lésion pouvant se rapporter soit à la Dourine, soit à la morve.

Telles sont les expériences, au nombre de sept, que nous avons faites à l'occasion de la maladie de nos deux étalons. Quelle est leur signification au point de vue que nous discutons ici ?

Un de nos sujets, — EXPÉRIENCE n° 5, — est mort d'accident et doit être éliminé (1).

(1) C'est par excès de scrupule que j'élimine cette expérience. Mes expériences antérieures sur la Morve, qui se chiffrent par centaines, m'ont en effet, démontré que, chez l'âne, la période d'incubation de la morve inoculée ne dure, dans l'immense majorité des cas, pas au delà de deux à trois jours. Or, cet âne est mort d'accident le 9^e jour après l'inoculation ; il aurait donc dû être, à ce moment, en pleine éruption morveuse ; et, par suite, le résultat de cette expérience devrait donc être considéré comme négatif.

Deux, — EXPÉRIENCES n° 3 et 4, — ont succombé à la morve à la suite de l'inoculation de produits morbides pris sur le cadavre de *Kouina*, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque cet étalon est mort lui-même de la morve.

Un autre, — EXPÉRIENCE n° 6, — inoculé avec des produits pris sur le cadavre de *Zaatchi*, sacrifié le 9 avril, est également devenu morveux. En faut-il conclure que la morve a été dans ce cas, la conséquence de l'inoculation ? je ne le crois pas. Cet âne habitait la même écurie que les deux précédents ; celle-ci n'avait pas été désinfectée après leur mort ; il est donc très possible, je dirai même très probable, que ce sont les sujets 3 et 4 qui ont fourni le virus qui a tué celui de l'expérience n° 6.

Ce qui tend à le prouver, c'est que le sujet n° 7, inoculé avec les mêmes produits par *injection intra-veineuse*, conservé pendant 55 jours, n'a ressenti aucun effet de cette inoculation.

Enfin, les deux sujets n° 1 et 2 ont également résisté aux tentatives d'inoculations répétées et variées dont ils ont été l'objet ; ils n'ont contracté ni la Dourine, ni la morve.

En présence de ces résultats, et en m'en référant d'ailleurs aux arguments que j'ai développés dans le cours de cette leçon, je n'hésite donc pas un seul instant à conclure qu'il n'y a pas identité de nature entre la Dourine et la morve ; que ces deux maladies sont, au contraire, aussi distinctes par leurs symptômes et par leurs virus que peuvent l'être deux affections virulentes quelconques, la clavelée et la variole, la morve et la syphilis par exemple ; qu'elles forment bien réellement deux *espèces* morbides différentes et autonomes, et qu'elles doivent conserver chacune leur place distincte et séparée dans nos cadres nosologiques.

Cependant *Kouina* avait la morve ; cela n'est pas dou-

teux ; il est même certain que c'est cette maladie et non la Dourine qui l'a tué. — D'où venait-elle ? Comment et où en a-t-il pris le germe ? Depuis quand existait-elle ?

Ceux qui pensent que le développement *spontané* des maladies virulentes et en particulier de la *morve* est un fait non seulement certain, mais fréquent, ordinaire, n'éprouveront aucun embarras pour répondre à cette question. — Pour eux, la morve est une maladie d'épuisement ; tout ce qui peut affaiblir l'organisme, ruiner la constitution, vicier la composition normale des humeurs, du sang et de la lymphe en particulier, peut déterminer la morve. Or, la maladie du coït est, à n'en pas douter une maladie essentiellement déprimante ; elle apporte, cela est incontestable, un trouble profond dans la nutrition. Il n'est donc pas étonnant, ou pour mieux dire, il est tout naturel que la morve, dont la cause la plus habituelle est ce qu'on a appelé la misère physiologique, se montre comme complication et comme conséquence de la Dourine.

Ainsi raisonnent les *spontanéistes*, et ils sont, en cela, conséquents avec leur doctrine. — Pour nous, qui admettons plus difficilement la naissance d'un agent spécifique comme un virus sous l'influence de causes banales, pouvant produire tantôt ceci, tantôt cela, et quelquefois, le plus souvent même, ne produisant aucun des effets qu'on leur attribue ; pour nous, qui, sans nier absolument le développement spontané de la morve, attendons encore la preuve certaine, évidente, scientifique de ce développement spontané et de la cause qui le produit, nous l'avouons volontiers, la question est moins claire.

Nous avons vu, chez *Kouina*, la morve se développer pendant le cours de la Dourine ; cette complication s'est montrée à une période qu'il ne nous est pas possible de déterminer, mais très certainement *postérieure au 26 février*, puisque le sujet de notre deuxième expérience, qui

a reçu ce jour-là dans ses vaisseaux le sang de *Kouina*, est resté sain ; nous avons cherché autour de l'animal, la source où il aurait pu prendre le virus morveux qui l'a tué : ces investigations nous ont conduit à des présomptions, mais non à une certitude. — Il est en effet *possible*, vous le savez, que ce cheval ait trouvé le germe de la morve dans l'écurie où il a été placé pendant quelques jours lors de l'attaque de paralysie qui l'a frappé ; il se peut aussi qu'il l'ait trouvé ailleurs ; il n'est pas impossible après tout que comme le veulent les *spontanéistes*, ce germe se soit créé de toutes pièces dans l'organisme de *Kouina*, soit sous l'influence épuisante de la Dourine, soit sous l'action de quelque autre cause inconnue. — Tout cela est possible, mais rien de cela n'est sûr ; et j'aime mieux vous avouer mon ignorance relativement à l'origine, — à la cause si vous aimez mieux, — de cette complication de morve qui est venue nous surprendre au milieu de nos études sur la Dourine, plutôt que de vous donner comme positive une solution qui est restée dans mon esprit pleine d'obscurité : — « *Meliùs est sistere gradum quam progredi per tenebras.* »

IV

PHAGÉDÉNISME TERTIAIRE DU PIED, PHTHISIE SYPHILITIQUE SIMULANT LA PHTHISIE COMMUNE, TRAITEMENT SPÉCIFIQUE ; GUÉRISON, par le D^r AL. FOURNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Mémoire lu à l'Académie de médecine.)

L'observation qui va suivre, m'a semblé, à deux titres, pouvoir réclamer l'attention de l'Académie.

C'est d'abord un cas de *phagédénisme tertiaire* développé sur un siège assurément insolite, le pied.

C'est, en second lieu, un exemple manifeste de *phthisie syphilitique* simulant la phthisie vulgaire au plus haut degré, et guérie, absolument guérie par le traitement spécifique. Voici le fait en quelques mots.

Le 13 juillet 1873, arrive à l'hôpital de Lourcine, se traînant plutôt que marchant, une femme jeune encore, de l'aspect le plus misérable, affectée de l'horrible lésion que reproduit fidèlement ce moulage en cire, dû à un habile artiste, M. Jumelin. Elle est admise aussitôt, et le lendemain, à la visite, nous la trouvons dans l'état suivant :

Apparence cachectique des plus accentuées. — Émaciation générale. — Visage exprimant à la fois la souffrance et l'épuisement. — Peau jaunâtre, sèche et terreuse. — Prostration des forces. — Pouls remarquablement faible. — En un mot, habitus et tous symptômes d'un dépérissement voisin du marasme.

Relativement à la lésion du pied, qui appelle notre attention tout d'abord, la malade raconte qu'elle a été affectée, il y a un an environ, d'une sorte de « bouton croû-

teux » qui siégeait sur le gros orteil ; — que ce bouton a dégénéré en « une plaie vive », laquelle abandonnée à elle-même, sans le moindre traitement, a pris tout à coup, dans ces derniers mois, une extension formidable, en détruisant tour à tour le deuxième orteil, puis le troisième, puis une partie du quatrième ; — qu'enfin ces orteils se sont détachés par lambeaux, spontanément, en laissant à nu « des bouts d'os » qui tombaient en poussière ou que la malade arrachait avec ses ongles.

Indolente à l'origine, la lésion est devenue plus tard extrêmement douloureuse. Ces derniers temps surtout, elle a déterminé des souffrances atroces, d'autant que la malade, dénuée de toutes ressources et devant subvenir aux besoins de cinq enfants, n'avait pu interrompre son travail et était obligée par sa profession de blanchisseuse de se tenir debout tout le jour. Autre circonstance utile à mentionner, parce que peut-être elle eut sa part dans la production du phagédénisme : pour surmonter ses souffrances, pour se donner, suivant son expression, « du cœur à l'ouvrage », cette malheureuse femme, jusqu'alors très sobre, se mit à boire ; elle ne se soutenait, dit-elle, qu'en s'étourdissant avec force petits verres de mauvaise eau-de-vie. — Enfin, ce n'est que vaincue par d'insupportables douleurs et par un épuisement complet des forces qu'elle se décida à venir réclamer nos soins.

Actuellement, 19 juillet, la plaie se présente sous l'aspect suivant : énorme ulcère phagédénique, occupant toute l'extrémité du pied, de la face plantaire à la portion antérieure du métatarse, et du bord externe du premier orteil au bord interne du cinquième. — Mutilations considérables à ce niveau : gros orteil profondément entaillé sur sa moitié externe ; deuxième et troisième orteils presque absolument anéantis ; quatrième orteil détruit aux deux tiers, cinquième orteil, seul à peu près intact, sauf sur sa face

interne largement ulcérée. — L'ulcération, qui ne mesure pas moins de 10 centimètres transversalement, sur une hauteur variable de 3 à 8 centimètres, offre comme plaie, le plus détestable aspect : bords entaillés à pic; fond extrêmement inégal, anfractueux, creusé de vallonements profonds, violacé et sanguinolent sur la plus grande partie de sa surface, ailleurs blanc grisâtre, pultacé, putrilagineux, ailleurs encore semé d'îlots verdâtres ou même noirs et manifestement gangreneux. Cette plaie sécrète en grande abondance un liquide sanieux, un véritable ichor, qui tache les linges en gris roux et exhale une odeur d'une insupportable fétidité. — Enfin, elle est encadrée par une large auréole rouge, œdémato-érysipélateuse, qui tuméfie considérablement le pied et remonte en s'atténuant jusqu'au niveau des malléoles.

Que pouvait être une telle lésion ? Pour des raisons nombreuses qu'il serait superflu de reproduire ici, le premier diagnostic qui se présentait à l'esprit était celui d'un *phagédénisme syphilitique*. Or, cette présomption se trouvait immédiatement légitimée par les témoignages de la malade qui, sans se faire prier, racontait avoir été affectée, quelques années auparavant de « plaques muqueuses » à la vulve et à la gorge, de « boutons » sur le corps, de glandes au cou, de maux de tête nocturnes, avec chute abondante des cheveux, etc., etc. La syphilis était donc attestée par des antécédents non douteux. Ajoutons que, contractée dans des conditions déplorables de misère et d'alimentation insuffisante, très irrégulièrement et très incomplètement traitée, cette syphilis avait fortement ébranlé l'organisme de la malade, qui, bien portante et robuste antérieurement, paraît-il, ne s'était jamais rétablie depuis lors, avait vu décliner ses forces, avait perdu ses règles depuis dix-huit mois, et s'était amaigri notablement.

Ainsi, cause essentielle et primitive : contamination sy-

philitique; — causes occasionnelles, surajoutées : détérioration progressive de l'économie sous la triple influence de la misère, du travail excessif et de l'alcool; — absence de tout traitement, de toute hygiène; — irritation locale entretenue par la fatigue et la malpropreté, etc.; tout se réunissait donc pour expliquer chez notre malade et la production et l'entretien d'un *phagédénisme spécifique*.

Le diagnostic ainsi posé, le traitement fut institué en conséquence. Il consista en ceci : repos; — bains répétés; — iodure de potassium à doses progressives de 1 à 4 grammes par jour; — vin de quinquina; — frictions quotidiennes sous les aisselles avec 4 grammes d'onguent mercuriel double; — enfin, pansement occlusif, et pratiqué avec le sparadrap mercuriel de Vigo.

Les effets de cette médication furent immédiats et surprenants. Quelques jours ne s'étaient pas écoulés que le phagédénisme était enrayé dans sa marche, et que l'ulcération, modifiée d'aspect, détergée, rougeâtre, bourgeonnante, tendait manifestement et d'un pas rapide à la cicatrisation. Ce serait abuser des instants de l'Académie que de signaler chronologiquement les détails de ce processus réparateur, qui du reste n'offrit aucune particularité spéciale. Il me suffira de dire que cette ulcération, si étendue et si menaçante le 19 juillet, se trouva absolument et définitivement cicatrisée le 28 septembre, à savoir, après une *quarantaine de jours* de traitement, pas davantage.

Un tel résultat, obtenu à si brève échéance, confirmait de la façon la plus significative le diagnostic porté sur la nature de la lésion.

Un phagédénisme de ce siège, de cette étendue, de cette forme, enrayé et vaincu de la sorte par le traitement spécifique, cela à coup sûr est déjà digne d'intérêt. Mais, à coup sûr aussi, des faits identiques ou analogues se sont présentés plus d'une fois à l'observation. Aussi me serais-

je abstenu, Messieurs, de venir vous entretenir de la malade en question, si, par un autre point de son histoire — et celui-ci bien moins commun, bien plus curieux — elle ne pouvait se recommander encore à votre attention.

Cet autre point, le voici :

La malade, ai-je dit, se présentait avec un aspect des plus cachectiques. Cet aspect, ce n'était pas évidemment la lésion locale qui, seule, pouvait en rendre compte. *A priori*, il était permis de supposer, on devait même supposer qu'une détérioration aussi profonde de l'économie se rattachait à quelque souffrance organique, à quelque grave lésion intérieure, viscérale.

Quelle était cette lésion? Cela restait à découvrir.

Or, de par l'habitus général, de par les commémoratifs, un soupçon se présentait tout d'abord, et c'était naturellement celui d'une *tuberculose pulmonaire*. Au-dessus de toute contestation possible, notre malade avait l'allure, la physionomie d'une phthisique.

En second lieu, la présomption déduite de l'habitus extérieur trouvait immédiatement un appoint formel dans certains troubles accusés par la malade, qui disait tousser, et tousser avec quintes intenses depuis plusieurs mois, qui expectorait en abondance des crachats verts et purulents, qui souffrait d'oppression, d'anhélation, avec points de côté fréquents, qui, de plus, se plaignait d'accès fébriles et de sueurs nocturnes profuses, qui ne mangeait plus, qui ne digérait plus, etc., etc.; tous symptômes dont la signification paraissait peu douteuse.

Troisièmement, enfin, l'examen physique du thorax achevait de diriger le diagnostic dans le même sens. La percussion et l'auscultation, en effet, nous révélaient ceci : Au sommet gauche (là seulement, il est vrai, le reste des poumons paraissant indemne), matité assez étendue, soit en avant, soit en arrière, et matité bien nette, bien accentuée,

avec perte absolue d'élasticité sous le doigt; — au même niveau, souffle rude, intense, et véritablement caverneux; en plus, râles caverneux, gargouillement à grosses bulles après la toux.

En résumé donc, vous le voyez, Messieurs, troubles généraux, troubles fonctionnels locaux, signes physiques, tout concourait à accuser la phthisie pulmonaire.

Et tel fut en effet, je le confesse, le diagnostic auquel je m'arrêtai. Sans arrière-pensée, je jugeai la malade tuberculeuse; sans arrière-pensée, j'en fis une poitrinaire, et une poitrinaire au troisième degré, avec cavernes. Ce n'est pas cependant qu'à ce moment l'idée d'une affection pulmonaire syphilitique ne me soit venue à l'esprit. J'y pensai tout au contraire, et je discutai même avec mes élèves ou avec les médecins qui me faisaient l'honneur de suivre mon service l'hypothèse d'une infiltration gommeuse pulmonaire, d'une caverne gommeuse. Mais je ne soulevai cette hypothèse que pour l'écarter, tant il me paraissait rationnel dans l'état des choses, au lieu d'invoquer une rareté, une exception, qu'aucun signe d'ailleurs ne légitimait, de m'en tenir à ce qu'il y avait de plus simple et de plus probable; tant ce diagnostic de phthisie commune me paraissait justifié ici et par les causes qui avaient préparé la maladie, et par les symptômes soit généraux, soit locaux, qui la traduisaient, et encore par cette localisation tellement significative (je la jugeais ainsi du moins) des signes physiques au sommet du poumon.

Eh bien, je me trompais, et l'évolution ultérieure me le prouva de façon à ne pas me laisser longtemps douter de mon erreur.

Ce qui suivit en effet, à peine le traitement institué, ce fut un amendement presque subit de tous les troubles morbides, ce fut une restauration rapide de la santé, avec atténuation, puis disparition des signes physiques de lésions

pulmonaires ; ce fut, en un mot, la plus surprenante et la plus inattendue des guérisons.

Notre malade, qui, je le répète à dessein, était absolument *cachectique* lors de son entrée à l'hôpital ; qui était pâle, et plus que pâle, jaune ; qui était extrêmement amaigrie, affaiblie, exténuée ; qui n'acceptait plus la nourriture ; qui avait perdu ses règles depuis dix-huit mois ; notre malade, dis-je, dont on eût escompté les jours à brève échéance, se prit soudainement à mieux aller. L'appétit lui revint ; elle mangea et digéra. Son habitus se modifia bientôt ; son visage reprit des couleurs et de la vie ; ses forces se relevèrent ; ses règles reparurent ; puis elle se mit à engraisser même, et beaucoup. Si bien que, trois mois plus tard, la métamorphose était complète. La malade alors, positivement, était méconnaissable. Finalement, lorsqu'elle nous quitta en novembre, c'est-à-dire après un séjour de quatre mois, c'était une femme grosse et grasse, absolument bien portante, ayant repris toutes ses forces, toute sa santé première.

Ajoutons que nous l'avons revue depuis lors à plusieurs reprises, et toujours dans le même état florissant.

Ce n'est pas tout. En même temps que s'amendait de la sorte l'état général, les lésions locales du poumon subissaient une modification parallèle, modification doublement attestée et par l'atténuation des troubles fonctionnels et par l'effacement des signes physiques.

D'une part, en effet, après quelques semaines de traitement, l'oppression et les points de côté se dissipaient pour ne plus reparaître, la toux diminuait dans une proportion considérable, et l'expectoration devenait infiniment moins abondante, moins purulente aussi, et plus catarrhale.

D'autre part, la matité du sommet allait s'atténuant comme étendue et comme qualité de son. Le souffle baissait d'abord d'intensité et de rudesse, puis s'effaçait com-

plètement. Les râles devenaient moins nombreux et moins gros. Dans l'espace de six semaines environ, les signes physiques se réduirent à quelques craquements et quelques râles sous-crépitaux disséminés. Plus tard encore, le changement fut absolu. Et lorsque nous revîmes la malade après plusieurs mois, il fallait véritablement une auscultation minutieuse pour retrouver des indices *minimes* de la lésion, à savoir : tout au plus, un léger degré de rudesse relative de la respiration, avec quelques très rares craquements secs, perceptibles seulement après la toux. — Rien autre, rien de plus ne subsistait des signes antérieurs.

Donc, la prétendue tuberculose s'était évanouie. Ou plutôt, car alors il ne pouvait plus être question de tuberculose, les *lésions gommeuses* du poumon s'étaient ou cicatrisées ou résorbées. Je dis lésions gommeuses ; et en effet, de par l'évolution morbide, de par les résultats de la médication, il était bien manifeste actuellement que nous avions eu affaire à une lésion de ce genre. Quelle lésion autre qu'une gomme eût produit de tels symptômes, pour disparaître et guérir ainsi ? Quelle lésion autre qu'une gomme eût pu indurer et excaver au même degré le parenchyme pulmonaire pour se résorber et se cicatrifier de la sorte ? Quelle lésion autre qu'une gomme eût cédé de la sorte au traitement antisyphilitique ? Ici plus qu'ailleurs trouve son application le vieil adage « de la nature des maladies démontrée par leur guérison ».

Notre malade donc, en somme, avait été affectée, coïncidemment avec un ulcère phagédénique du pied, d'une infiltration gommeuse pulmonaire. Et cette dernière lésion, siégeant au sommet de l'organe, s'accusant à la fois et par les troubles fonctionnels et par les signes physiques d'une tuberculose, réagissant de plus sur l'économie de façon à produire un état général identique à celui de la tuberculose, nous avait donné le change pour un cas de phthisie vulgaire. Voilà le fait.

L'erreur que je commis ici, et dont je m'accuse, aurait-elle pu être évitée par un médecin plus habile? Nul ne sera plus disposé que moi à le concéder. Mais toujours est-il qu'elle ne fut pas le résultat d'un examen superficiel, inattentif ou léger. Bien loin de là; elle fut commise avec réflexion, avec méditation, après discussion motivée. Elle comporte donc, si je ne m'abuse, quelques enseignements; et c'est là ce qui pourra faire, je crois, l'intérêt de l'observation précédente.

De cette observation, en effet, ressortent plusieurs points que, sans entrer dans la discussion générale de la phthisie syphilitique, je demanderai à l'Académie la permission de signaler en quelques mots.

I. — Telle est la fréquence bien connue avec laquelle la tuberculose va se cantonner sur le sommet du poumon, que toute lésion pulmonaire se localisant en ce siège devient aussitôt suspecte par cela même, et semble porter avec elle le cachet de la tuberculose. Sommet pulmonaire affecté, cela équivaut presque à un certificat de phthisie commune. Or, c'est là tout au moins une généralisation excessive. Car la syphilis — à ne parler que d'elle pour l'instant — peut, comme le tubercule, affecter le sommet du poumon. Que tel ne soit pas son siège de prédilection, je le veux bien; mais elle n'est pas exclue de ce siège, c'est là ce qu'il ne faut pas oublier. Et quand elle va se loger là, au sommet du thorax, elle emprunte *ipso facto* à la phthisie commune un de ses caractères les plus habituels et les plus distinctifs; elle prend ainsi, qu'on me passe l'expression, le masque de la phthisie commune, en s'emparant de son territoire de prédilection. De là une cause possible d'erreur; et cette première remarque peut être bonne à enregistrer pour la pratique.

II. — Ce qui n'est pas moins vrai, en second lieu, c'est que toute lésion pulmonaire s'accompagnant de troubles

généraux (et, à *fortiori*, de troubles généraux graves, voisins de la cachexie) apporte également avec elle le soupçon de tuberculose. Etant donné un malade qui dépérit avec des signes de lésion pulmonaire, on est toujours tenté d'en faire un tuberculeux. Autre généralisation non moins entachée d'erreur que la précédente. Car, ce que fait la phthisie commune, ce qu'elle produit comme réaction sur l'ensemble de l'organisme, d'autres lésions pulmonaires peuvent le produire également, soit par exemple les lésions pulmonaires d'origine syphilitique. Très positivement, il est une consommation pulmonaire syphilitique ; il est, dans l'acceptation étymologique du mot, une *phthisie* syphilitique tout à fait comparable à la phthisie de la tuberculose.

On a trop dit, je crois, et l'on vit trop sur cette idée que phthisique par syphilis est un phthisique « bien portant » ; en d'autres termes, que les lésions pulmonaires de la syphilis sont et ne sont que des lésions *locales*, qui ne réagissent pas ou réagissent peu sur l'état général, et restent compatibles avec une santé passable ou même satisfaisante. Oui, sans doute, il est des phthisiques de ce genre par le fait de la vérole, mais il n'en est pas que de ce genre. Oui, sans doute, on a vu des sujets porter une caverne gommeuse du poumon en conservant d'apparence et de fait, une santé moyenne ou même bonne ; et, tout le premier j'en apporterais ici des exemples, si cela n'était superflu après la belle observation toujours citée que nous devons à M. Gubler (1). Mais, si tel est un des types des affections pulmonaires syphilitiques, ce n'en est pas là le type unique, malheureusement pour les malades. Si l'état général peut en certains cas se désintéresser de ces lésions, pour ainsi

(1) V. Landrioux, *Des pneumopathies syphilitiques*, thèse de Paris, 1872, obs. V, p. 53.

dire, en d'autres cas, au contraire, il en ressent le contre-coup, et souvent même il le ressent d'une façon sérieuse, grave. C'est alors que se trouve constituée la phthisie syphilitique, à proprement parler; et c'est alors aussi que, combinés à des phénomènes de dénutrition, d'anémie, de consommation, les accidents pulmonaires de la syphilis prennent l'allure de la phthisie vulgaire, au point de pouvoir donner le change à des observateurs attentifs et prévenus (1).

III. — Troisième point. Dans le cas actuel, à quoi notre malade a-t-elle dû la guérison de sa phthisie syphilitique? A son phagédénisme du pied. C'est, je puis le dire, cette lésion qui l'a sauvée; car c'est en vue de cette lésion, seulement, que le traitement spécifique a été institué. Sans la coïncidence éventuelle de cet accident, elle fût morte, je ne le mets pas en doute un seul instant. Et pourquoi? Parce que, se présentant alors avec l'habitus, les troubles locaux et les troubles généraux de la phthisie commune, *sans rien autre qui appelât l'attention vers la syphilis*, elle eût été presque infailliblement prise pour une poitrine et traitée comme telle, ce qui était pour elle un arrêt de mort. Et c'est ainsi que plus d'une fois (les faits sont là pour l'attester) on a laissé mourir comme tuberculeux des malades qu'on aurait pu sauver comme syphilitiques.

En d'autres termes, si la phthisie syphilitique, alors qu'elle coïncide avec d'autres manifestations de la diathèse, a quelque chance pour être reconnue et soumise au traitement qui lui convient, il en est tout différemment quand elle existe seule, isolée, non associée à des accidents spécifiques contemporains. C'est dans ce dernier ordre de cas

(1) V. *De la phthisie syphilitique*. Leçons professées à l'hôpital de Lourcine par le docteur A. Fournier, recueillies et rédigées par le docteur Schwartz. (*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1875.)

spécialement, qu'elle court grand risque d'être méconnue et taxée de tuberculose vulgaire. Une surprise n'est pas seulement possible en pareille occurrence ; elle est presque fatale, nécessaire, oserai-je dire, tant cette phthisie syphilitique *isolée* simule, par l'ensemble de ses phénomènes locaux et généraux, la phthisie vulgaire.

De là ce précepte : Une lésion pulmonaire se présentant à l'observation, quelque analogie, quelque identité de symptômes qu'elle affecte avec la phthisie commune, il est toujours prudent de rechercher si elle ne pourrait se rattacher à la syphilis comme cause première et d'examiner le malade à ce point de vue spécial. Il importe toujours, en un mot, d'avoir présent à l'esprit qu'il existe une syphilis pulmonaire, et que cette syphilis du poumon peut en imposer facilement pour la tuberculose. En face d'un phthisique ou d'un sujet supposé tel, on a eu à se louer plusieurs fois d'une enquête ouverte sur les antécédents spécifiques du malade, enquête venant tout à coup éclairer le diagnostic ou redresser une erreur déjà commise. En un mot, faire une part à la syphilis comme origine possible des affections consomptives du poumon, telle est la morale de plusieurs faits contenus dans la science, comme aussi de l'observation précitée.

IV. — Enfin, le point le plus curieux, le plus frappant, qui ressort de notre observation, n'est-ce pas le fait même de cette guérison qu'à nouveau je qualifie d'extraordinaire, de cette guérison obtenue dans les conditions en apparence les plus défavorables ? Lorsque la malade entra à Lourcine, je ne croyais guère et personne sans doute n'aurait cru qu'elle dût en sortir autrement que par la porte de l'amphithéâtre. Elle en sortit par la grande porte, et elle en sortit triplement guérie et de sa lésion du pied, et de sa lésion du poumon, et de sa cachexie. Que prouve cela, Messieurs, au point de vue qui nous occupe actuellement ?

Cela prouve que les lésions pulmonaires de la syphilis, loin d'être seulement curables à leur première période et dans leurs formes bénignes, sont curables encore dans des phases plus avancées et sous des formes bien autrement menaçantes. Cela prouve qu'elles peuvent guérir, même à l'état d'infiltration étendue en voie de ramollissement, ou après formation de cavernes ; — qu'elles peuvent guérir, même compliquées de troubles généraux graves se présentant sous l'aspect, avec la physionomie d'une *phthisie* véritable ; qu'elles peuvent guérir enfin, comme dans le cas actuel et contre toute prévision, jusque sur des malades épuisés, étiolés, absolument cachectiques, dans toute la force du mot.

Ces résultats étonnants, prodigieux, de la médication spécifique ne sont pas à perdre de vue ; car, si rares, si exceptionnels qu'ils puissent être, ils ne constituent pas moins, pour de malheureux malades qu'on jugerait condamnés sans ressource, une voie de salut inespérée. Et c'est le cas ici plus que jamais de répéter ce qu'a dit, avec sa grande autorité, un illustre maître, M. Ricord, à savoir : qu'avec la vérole, il n'est jamais rien d'absolument désespéré, et que « *tout est possible avec elle comme guérison, même l'impossible quelquefois.* »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le D^r Louis JULLIEN. 1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1879.

Aujourd'hui que ce traité pratique des maladies vénériennes est entre les mains de tous les étudiants et de tous les médecins, il est superflu d'en donner une analyse qui serait toujours trop incomplète, il ne reste plus qu'à constater son juste et éclatant succès.

Et pourtant les traités sur cette branche spéciale de la pathologie ne font pas défaut ; dans le nombre, il en est même de fort remarquables, mais en syphiligraphie, les découvertes vont vite et les traités aussi. Depuis quelques années, une activité nouvelle règne parmi les syphiligraphes, des recherches plus attentives ont amené la découverte de faits importants qui ne pouvaient être plus longtemps passés sous silence dans un traité classique.

Nul mieux que le D^r Jullien ne pouvait donner un tableau fidèle et complet des progrès accomplis. N'appartenant par des liens directs à aucune école, il a su puiser à toutes. Soit à Paris, soit à Lyon, soit en Italie, il a suivi, pendant de longues années, la pratique et les leçons des plus grands maîtres. C'est après avoir médité leur enseignement, observé leurs malades, qu'il a pu entreprendre son œuvre avec confiance. Son esprit, libre de tout système, n'était-il pas bien préparé à juger sainement des doctrines parfois si divergentes ?

Ce livre n'est pas, comme on le voit, un simple travail de compilation et d'analyse, la critique y occupe une très large place; d'ailleurs, sur nombre de questions, l'auteur expose des idées neuves et personnelles, sans parler de ses recherches originales antérieures sur la syphilis tertiaire qui se trouvent là à leur place naturelle.

La blennorrhagie, avec ses complications, forme avec le chancre simple la première partie de l'ouvrage sous le nom de maladies vénériennes locales. La syphilis, maladie vénérienne générale, constitue la seconde; tandis que les végétations et l'herpès préputial sont renvoyés à la fin du livre pour former une troisième et dernière partie.

L'historique de la blennorrhagie est fait depuis Moïse et Hérodote jusqu'à nos jours, avec un luxe de détails qui serait fastidieux sans l'élégance et l'originalité du style. La question de l'étiologie, et surtout de la spécificité, est discutée longuement. L'auteur arrive à cette conclusion: qu'une cause irritative quelconque peut donner un écoulement contagieux, c'est-à-dire une véritable blennorrhagie; sur ce point il appartient donc pleinement à l'école de Ricord. Quant au traitement, il n'est guère partisan de la temporisation. Ce n'est que dans des cas exceptionnellement aigus qu'il préfère les émollients aux injections astringentes. Chaque complication est étudiée en son lieu et placée avec les détails qui lui conviennent; seules, la blennorrhée chez l'homme et la blennorrhagie chez la femme n'ont pas reçu les développements que comportent peut-être ces affections encore si obscures.

En revanche, l'étude du chancre simple ne laisse rien à désirer. L'historique est tracé de main de maître. Nettement décrite par les anciens, la chancrelle est confondue avec le chancre syphilitique par Villa, au xv^e siècle, et il faut arriver jusqu'à nos jours pour faire disparaître cette confusion, qui persiste encore dans quelques esprits. Ceux-

là n'ont qu'à lire les pages que le Dr Jullien a écrites sur ce point et j'affirme qu'ils seront convaincus. Après avoir clairement exposé et élucidé cette grande question doctrinale, l'auteur étudie avec la même netteté les caractères et la nature de la chancrelle qu'il regarderait volontiers comme parasitaire, il examine les causes de sa diminution progressive qui fait espérer prochainement une disparition complète, et enfin il aborde l'étude des complications. C'est ainsi qu'il est amené à parler du bubon et à discuter l'existence du bubon d'emblée chancrelleux ; il sait rester dans une sage réserve. Etudiant les chancres simples du col utérin qui s'accompagnent quelquefois de bubons inguinaux, mais jamais de bubons chancereux pelviens, il sait encore s'abstenir de toutes les explications fantaisistes qui ont été données de cette étrange anomalie. Pour tout dire, cette étude du chancre simple est un petit chef-d'œuvre.

On pourrait en dire autant de la syphilis qui constitue, ainsi qu'il convient, la partie la plus importante de l'ouvrage. Il faut lire chaque chapitre d'un bout à l'autre. Avec quelle clarté l'auteur démontre l'origine ancienne de la syphilis, sinon en Europe, au moins dans une bonne partie de l'Asie et de l'Afrique, son importation probable par les navigateurs qui avaient alors de fréquents rapports avec les Chinois. On ne saurait incriminer encore les habitants du Nouveau-Monde, les faits sont là qui démontrent l'existence de la syphilis en Europe avant le retour des compagnons de Colomb.

Chaque page renferme quelque point de vue nouveau, qu'il s'agisse de la distribution géographique de la syphilis, de l'influence de la latitude, des races, des climats ; qu'il s'agisse d'inoculation, d'incubation ; ce sont toujours des faits précis avec leurs conclusions rigoureuses et parfois vraiment originales. A propos d'incubation, par exemple, l'auteur, comparant les statistiques les plus an-

ciennes avec les plus récentes, constate et démontre que la durée moyenne de l'incubation, qui était de 14 jours en 1857, s'est élevée progressivement jusqu'à 40 jours. Cette progression n'est-elle pas singulière ?

La symptomatologie, le traitement, sont traités d'une façon magistrale, les doctrines mercurialistes et anti-mercurialistes sont discutées avec la plus complète impartialité ; l'auteur arrive à cette conclusion : que le traitement spécifique indifféremment appliqué doit inspirer quelque défiance ; il ne condamne point la cure mercureille, mais il la veut opportune. Cette opportunité est assurément difficile à apprécier, mais dans l'état actuel de la science, c'est la seule conclusion possible ; elle a d'ailleurs le mérite de n'être pas compromettante, ce qui est quelque chose dans un livre classique.

Il serait nécessaire de dire beaucoup sur l'anatomie pathologique qui tenait une si faible part dans les traités antérieurs, de dire beaucoup aussi sur ce long et intéressant chapitre qui est consacré à la syphilis héréditaire ; mais, je l'ai dit, analyser un pareil ouvrage est impossible, il faut le lire et relire. Cette lecture est, du reste, agréable, car chez l'auteur l'érudition profonde n'exclut pas les charmes du style.

Malheureusement, en pathologie et surtout en syphiligraphie, les traités pratiques vieillissent vite ; comme les autres celui-là vieillira ; il est vrai que son auteur est là, qui saura bien le rajeunir dans les nombreuses éditions qui vont suivre.

D^r CORDIER.

LA SYPHILIS DU CERVEAU, par le D^r Alfred FOURNIER. — LEÇONS CLINIQUES RECUEILLIES par E. BRISAUD. 1 vol. in-8°, chez G. Masson, 1879.

Point n'est besoin de recommander le présent ouvrage aux lecteurs des *Annales*; le nom de l'auteur est un sûr garant de sa valeur. L'étude de la syphilis du système nerveux semble avoir reçu dans ces dernières années une impulsion plus vive à l'étranger que chez nous, les leçons cliniques de M. Fournier arrivent à point pour rétablir l'équilibre et résumer les travaux récents. En attendant un 2^e volume, spécialement consacré aux affections syphilitiques de la moelle et des nerfs, nous voudrions essayer de donner un court résumé des idées de l'auteur sur les encéphalopathies spécifiques, en prévenant le lecteur que l'ouvrage fourmille de données minutieuses dont une analyse ne peut tenir compte.

Et d'abord notons la fréquence de la syphilis cérébrale, regardée autrefois comme exceptionnelle, probablement par suite de notions incomplètes sur la séméiotique des maladies nerveuses; on voit survenir de préférence des manifestations toujours dangereuses et souvent redoutables chez ceux dont le cerveau est excité anormalement sous des influences professionnelles ou accidentelles de toute nature. Les lésions auxquelles elle donne lieu sont de deux ordres : les premières (*lésions propres*), ne diffèrent pas anatomiquement dans le cerveau de celles des autres organes; nous nous trouvons en présence de la sclérose (*encéphalite scléreuse*) et de la gomme sous ces deux formes (*encéphalite gommeuse par infiltration diffuse* et *gomme cérébrale circonscrite*). Les mêmes processus peuvent frapper, soit isolément, soit en coïncidence avec le tissu nerveux, les *artères cérébrales* et les

méninges, d'où des formes spéciales d'artérites et de méningites. Quant aux lésions du second ordre, ce sont elles qui font la véritable gravité de la syphilis cérébrale par les troubles inflammatoires ou ischémiques qu'elles amènent et la banalité de leur cause qui les rend à peu près complètement réfractaires au traitement; parmi ces lésions très communes, la plus importante est le ramollissement consécutif aux rétrécissements vasculaires.

Ces préliminaires anatomo-pathologiques posés, M. Fournier entre en plein dans la question par une étude clinique remarquablement minutieuse de la syphilis cérébrale; au milieu de la multiplicité surprenante des symptômes qu'elle présente, il essaie une classification des formes morbides, en insistant surtout sur celles qu'il nomme *initiales*, dont l'étude est d'une importance capitale au point de vue thérapeutique. C'est d'abord la forme *congestive*, qui, dans des cas exceptionnels, peut être sidérante, mais qui le plus souvent est insidieuse et ne présente que des caractères effacés jusqu'à ce que l'invasion plus ou moins brusque d'une paralysie donne l'alarme; puis la forme *convulsive*; l'épilepsie syphilitique à laquelle M. Fournier a déjà consacré un travail important (*in Union médicale*, 1873), est décrite avec les particularités qui ont souvent permis à l'auteur de porter très vite un diagnostic exact. Après un résumé de ce que nous savons sur l'aphasie syphilitique, M. Fournier consacre trois leçons à la question si délicate des troubles mentaux dans la vérole. On connaît à cet égard le scepticisme de la plupart des médecins aliénistes; pour M. Fournier, il existe réellement une forme mentale dans les encéphalopathies spécifiques, forme caractérisée tantôt par des troubles psychiques à évolution lente et à caractère dépressif (dépression intellectuelle simple, amnésie, hébétude incohérente, etc.), tantôt par des troubles aigus

constituant une véritable aliénation mentale d'origine syphilitique (délire simple, manie aiguë, plus rarement ly-pémanie, monomanie, etc.). Il existerait même un ensemble pathologique plus ou moins analogue à la paralysie générale, et que M. Fournier caractérise très nettement de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*.

Avec la forme paralytique, nous rentrons dans un sujet plus riche en documents réels et moins obscur. Les paralysies oculaires sont particulièrement liées à la syphilis; mais parmi elles il en est une redoutable qui affecte une marche particulièrement insidieuse, c'est celle qui est sous la dépendance d'une névrite optique, pouvant pendant un certain temps se concilier avec l'intégrité de la vision et n'être diagnostiquée que quand une atrophie papillaire conduit le malade à une cécité incurable.

L'hémiplégie syphilitique peut affecter l'évolution la plus variée; c'est surtout dans ces cas que le pronostic varie suivant que la paralysie est produite par des lésions anatomiques *directes* ou *indirectes*. Enfin l'étude du protée pathologique que nous analysons avec M. Fournier ne serait pas complète s'il ne nous signalait la possibilité de formes mixtes, vagues, compliquées, ainsi que certains ensembles morbides liés à des incidents de localisations tels que l'incoordination motrice, la paralysie glosso-labio-laryngée, l'albuminurie, le diabète, etc., etc. Ce chapitre, consacré à ces points cliniques, n'est pas le moins intéressant de l'ouvrage.

Nous venons d'examiner autant que possible les symptômes qui composent la syphilis cérébrale; à quoi tendent-ils, et quelle est leur terminaison? c'est ici que la thérapeutique a réellement le droit d'être fière, mais sans se regarder comme omnipotente. Tandis que les cas non soignés ou traités incomplètement ou trop tard marchent fatalement à l'infirmité hémiplégique ou à la démence pa-

ralytique, sans compter quelques cas de morts rapides, la science a bon nombre d'observations où le traitement spécifique a obtenu des guérisons inespérées. Est-ce à dire que le mercure et l'iodure auront raison infailliblement de tout symptôme cérébral nerveux chez un syphilitique? Malheureusement non, et ici nous devons toujours avoir présent à l'esprit cette distinction, les lésions directement et indirectement liées à la vérole sur lesquelles l'auteur a insisté. Si la sclérose primitive et la gomme sont à peu près infailliblement justiciables de nos deux précieux spécifiques, on conçoit qu'il ne puisse en être de même d'un ramollissement ou d'une méningite purulente que ces lésions peuvent amener avec une rapidité foudroyante, et c'est ainsi que s'explique le pronostic relativement grave de toute encéphalopathie syphilitique. Voici quelle est la statistique personnelle de M. Fournier :

Sur 138 cas, 14 morts, 33 survies avec infirmités graves, 30 guérisons complètes, 13 guérisons incomplètes, 11 malades en observations, et 37 malades perdus de vue, soit 30 guérisons complètes seulement sur 90 observations réellement probantes, mais auxquelles il faut ajouter bon nombre de cas où le traitement a eu raison d'affections cérébrales en germe qu'on ne peut comprendre dans la statistique précédente.

Quoi qu'il en soit, la déduction pratique qui se dégage de tout le livre est la nécessité d'un traitement promptement institué, aussi énergique qu'il peut être toléré, et continué longtemps après la cessation des accidents. Voici quelques préceptes qui résument la pratique de M. Fournier :

1^o Combiner les deux grands remèdes antisypilitiques à des doses fortes, même d'emblée.

2^o Prescrire l'iodure de potassium à 3 grammes au moins par jour et forcer la dose quelquefois jusqu'à 8 grammes.

3° Prescrire le mercure de préférence sous la forme de sublimé aux doses de 2 à 5 centigrammes ; dans les cas assez nombreux où il ne serait pas bien supporté, employer les frictions à l'onguent napolitain en commençant par la dose quotidienne de 5 grammes qu'on élève jusqu'à 12 grammes.

4° Pour soumettre le malade à une action médicamenteuse continue sans avoir les effets de l'accoutumance, alterner l'usage des deux agents spécifiques pendant une série de périodes de trois semaines en moyenne ; c'est ce que M. Fournier appelle le *traitement alterne*.

En terminant cette analyse forcément incomplète, nous exprimons le désir que l'auteur tienne bientôt la promesse qu'il nous fait d'une seconde suite de leçons cliniques consacrée à la syphilis des autres parties du système nerveux. Il y a là une mine de documents plus variés peut-être mais qui ne pourront être mis plus utilement en lumière que ceux qui composent le présent volume. H. C.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DU CANCROÏDE PAR LE CHLORATE DE POTASSE, par le D^r EUTHYBOULE.

M. Leblanc fils, d'un côté, et M. Bergeron, de l'autre, ont présenté en 1863, à l'Académie de médecine, des faits qu'ils avaient observés : le premier chez les animaux, et le second chez l'homme, et dans lesquels ils avaient obtenu, par l'emploi du sel potassique, des guérisons réelles et positives. Cependant malgré ces résultats favorables, ce mode de traitement est actuellement tombé en discrédit. M. Euthyboule a recueilli de nouveaux faits, notamment dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis, et le travail qu'il publie aujourd'hui a pour but d'appeler de nouveau l'at-

tention sur un traitement efficace contre une affection essentiellement rebelle.

Le chlorate de potasse n'est pas un spécifique du cancroïde, mais dans la grande majorité des cas il donne des résultats favorables, il en a du moins été ainsi dans la plupart des observations recueillies par l'auteur. Le cancroïde se cicatrise très bien et d'une manière durable sous l'influence de ce médicament. Cette médication présente encore d'autres avantages : l'innocuité de son application qui est peu douloureuse, la simplicité du pansement qui permet de l'appliquer sur toutes les parties du corps. Si la maladie est trop avancée pour permettre d'espérer une guérison même partielle, le chlorate de potasse constitue toujours un bon moyen de pansement ; en réprimant la production incessante du tissu morbide, il met un temps d'arrêt à l'évolution du mal, et prévient ainsi la terminaison funeste.

Un autre avantage du chlorate de potasse, c'est qu'il n'expose point les malades aux accidents graves qu'entraînent parfois à leur suite les opérations.

De plus, il produit une cicatrice régulière et égale, il transforme, pour ainsi dire sur place, le tissu morbide en tissu de réparation, sans produire ces déformations indélébiles qui sont l'apanage des opérations destructives.

L'usage interne du chlorate est presque toujours combiné avec les applications locales. Pris à doses élevées et continuées même pendant longtemps, le chlorate de potasse est bien supporté, toutefois il est absolument démontré qu'il faut administrer le sel potassique au moment des repas.

Le seul inconvénient qu'on puisse reprocher à ce traitement c'est la lenteur avec laquelle il agit ; il faut quelquefois plusieurs mois pour obtenir la guérison. Dans quelques cas la cicatrisation s'est faite avec une grande rapidité.

Le chlorate de potasse, dit M. Euthyboule, réussit particulièrement dans les cas où la lésion n'est pas d'un degré très avancé et surtout ne s'étend pas très loin en profondeur. Il a moins de chances de succès, quand il s'agit de vastes ulcérations ayant détruit une grande partie de l'épaisseur des parties molles, et qui ont pris des racines très-profondes dans les éléments constitutifs de la région.

Même dans ces cas-là, qu'il est incapable de guérir, le chlorate de potasse constitue un très bon moyen de pansement. Il guérit beaucoup plus facilement les cancroïdes de la peau que ceux des muqueuses ; les cancroïdes de la lèvre guérissent encore quelquefois ou au moins sont toujours améliorés notablement, mais ceux de la langue sont complètement rebelles à ce traitement.

Enfin, il faut que le cancroïde soit franchement ulcéré, que sa surface ne soit pas masquée de croûtes cornées et adhérentes, qu'elle ne présente pas de bosselures et d'inégalités de grandes dimensions, pour que le traitement au chlorate de potasse puisse montrer son efficacité.

Le chlorate de potasse a une action cicatrisante bien marquée sur toutes les surfaces ulcérées en général, mais cela ne suffirait pas pour expliquer les bons effets qu'il exerce sur le cancroïde. Suivant M. Euthyboule il aurait en outre une action particulière, s'adressant probablement aux cellules morbides elles-mêmes et en vertu de laquelle il peut attaquer le mal dans ses germes. Cette action immédiate expliquerait en même temps l'efficacité du traitement interne.

Le meilleur mode d'emploi du chlorate de potasse est de le donner à l'intérieur sous forme de potion à la dose de 2 à 4 grammes par jour, au moment des repas. L'auteur recommande de prolonger l'usage interne du médicament, même après la cicatrisation de la plaie. Localement, il faut se servir d'une solution très concentrée de

chlorate de potasse, et laisser le plus longtemps possible le liquide en contact avec la surface malade.

Lorsque l'ulcération cancéroïdale est recouverte de productions verruqueuses et cornées, M. Bergeron recommande de faire tomber ces productions par une application légère de caustique et d'instituer ensuite le pansement au chlorate de potasse. Dans ce cas M. Vidal emploie le sel potassique en poudre. Si le cancroïde présente des bords très élevés et durs sous forme de bourrelet épais, il est avantageux, d'après M. Besnier, de détruire la bordure par un caustique, tout en continuant à appliquer le pansement chloraté sur le fond de l'ulcération.

REVUE DES JOURNAUX

L'HYDROTHERAPIE DANS LA SYPHILIS. — Voici les conclusions du Dr Hofmeister sur l'emploi de l'hydrothérapie dans la syphilis :

1° L'usage de l'eau froide dans la syphilis favorise notablement la nutrition générale ;

2° L'énergie digestive étant accrue, l'absorption des substances alimentaires et des médicaments est facilitée ;

3° Le meilleur mode d'administration du mercure est l'onction ;

4° L'eau froide exagérant l'absorption, il faut moins de mercure ;

5° Les organes sécréteurs fonctionnant plus activement, il y aura moins de danger d'accumulation du mercure dans l'économie ;

6° La durée du traitement est plus courte que dans les circonstances ordinaires ;

7° L'eau froide pousse les malades à la continence, ce qui est avantageux ;

8° Pendant le traitement hydrothérapique il n'y a pas de salivation, de sorte qu'on n'est pas obligé de suspendre la cure à certains moments.

(*The Canadian J. of med. science et Journal de thérapeutique*, 25 novembre 1878.)

DE L'ŒDÈME DUR DES GRANDES LÈVRES, SYMPTOMATIQUE DU
CHANCRE INFECTANT ET DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA
VULVE, par le D^r Aimé MARTIN.

Voici les conclusions de cet important mémoire :

1° On observe fréquemment chez la femme atteinte de syphilis, aux périodes primitive et secondaire du processus morbide, alors que des accidents symptomatiques de ces deux phases se sont développés sur les grandes lèvres, une lésion particulière de ces organes, consistant en une hypertrophie ayant tous les caractères de l'œdème dur ;

2° Cet œdème dur consiste en une augmentation considérable du volume des grandes lèvres dont la surface est pâle, mamelonnée, divisée par de nombreux sillons. Le toucher donne au doigt une sensation élastique, et ne provoque pas de douleur ;

3° Cet œdème s'étend, dans quelques cas, aux petites lèvres ;

4° Cette lésion offre la plus grande analogie avec celle que j'ai décrite chez l'homme, sous le nom de phimosis syphilitique ;

5° Elle consiste probablement dans une hypertrophie, avec hypergénèse des éléments constitutifs du derme et du tissu conjonctif ;

6° Elle est souvent accompagnée d'une forme spéciale de papules ; ces papules de petit diamètre, arrondies, très dures, d'apparence verruqueuse, parfois ombiliquées, sont constituées par des follicules pileux hypertrophiés ;

7° L'œdème dur des grandes lèvres est une lésion syphilitique ; elle n'est pas rare, puisqu'on la rencontre au moins cinq fois sur cent, chez les femmes atteintes d'ulcérations syphilitiques primitives ou secondaires, siégeant sur les organes génitaux externes ;

8° Un très petit nombre d'auteurs ont signalé cette lésion si caractéristique. Elle a presque toujours été confondue avec la lymphangite ;

9° L'œdème dur des grandes lèvres persiste bien longtemps (plusieurs mois d'ordinaire) après la cicatrisation des ulcérations qui l'ont provoqué ;

10° Le traitement général anti-syphilitique, assidument suivi et énergiquement administré (par les frictions mercurielles surtout), triomphe seul de cette lésion. Le traitement local n'a que peu d'effet. (*Annales de gynécologie*, décembre 1878.)

DE L'ACARUS FOLLICULORUM, par le professeur NEUMANN.

Dans la séance du 6 décembre 1878 de la Société de médecine de Vienne, le professeur Neumann a présenté des préparations d'acarus folliculorum. Ces préparations provenaient de la peau de chiens et d'un porc. Neumann fait remarquer que cet acarus a été trouvé en 1842 par G. Simon, avant lui déjà par Henle et plus tard par Wedl, qui en a rencontré deux et même davantage dans les follicules pileux et les glandes de la sueur de la plupart des hommes, notamment à la face, mais aussi sur la poitrine et le dos. Chez l'homme, cet animal n'occasionnerait aucun trouble et on le trouverait surtout chez les individus atteints de comédons et de seborrhée. Chez les animaux, il détermine ordinairement des accidents graves. Il se forme le plus souvent des efflorescences semblables à du milium, en général de la grosseur d'un grain de millet, demi-sphériques, dures, jaunâtres, ou bien des nodosités et des pustules avec ulcération superficielle, qui se terminent par une cicatrice et un dépôt de pigment dans ces cas les poils tombent. Le nombre des acarus contenu dans un follicule du porc que

l'on avait examiné, et qui avait été mis à la disposition du professeur Neuman par MM. Vorzil et Troschauer, s'élevait de 100 à 200 ; sur un morceau de peau pris sur un chien vivant (clinique du professeur Röhl) on trouva également de nombreux acares dans les squames et les croûtes.

Neuman croit que l'opinion de Gruby sur la facilité de transmission de l'acaré de l'homme aux animaux n'est pas prouvée. En résumé tandis que la peau des animaux est profondément modifiée par la présence de l'acaré, cet insecte n'altère nullement celle de l'homme. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 50, 1878.)

TRAITEMENT DE LA PELADE.

Raser complètement la tête. Laver au savon noir une fois par semaine et frictionner légèrement avec l'alcool. Appliquer chaque jour la pommade suivante :

Baume nerval.....	100 grammes.
Savon animal.....	100
Huile de ricin.....	25
Glycérine.....	25

Faites fondre à une douce chaleur et ajoutez :

Extrait de quinquina.....	5
Que vous faites dissoudre dans :	
Rhum.....	25

Un peu avant le refroidissement versez en agitant :

Teinture de cantharides.....	5
Baume de Fioravanti.....	25

Cette pommade, employée depuis 2 ans dans le service

de M. Molland, donne d'excellents résultats. (*Journal des connaissances médicales*, 23 janvier 1879.)

15 INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA MARCHÉ DES BLESSURES DE GUERRE, par le Dr DUTTERHOFF.

Nous nous bornons à reproduire les principales conclusions de ce travail :

2° Les plaies soumises à une irritation continue peuvent, pendant la période de contagion de la syphilis, être le siège d'efflorescences syphilitiques au point même où a lieu cette irritation, sans cependant que la guérison soit sensiblement entravée ;

4° Dans la syphilis primaire, les plaies qui se trouvent dans le voisinage immédiat de l'induration peuvent guérir par première intention ;

6° Les échanges nutritifs rapides pendant le développement des blessures graves favorisent la période latente de la syphilis ; mais lorsque la cicatrisation est terminée ou presque terminée et que les échanges nutritifs sont redevenus à peu près normaux, la syphilis peut se manifester de nouveau au lieu même du traumatisme ou sur tout autre point du corps ;

7° Même dans ses formes ultérieures la syphilis latente n'empêche pas en général la cicatrisation des plaies par première intention à la suite des opérations chirurgicales ;

10° Les syphilides tertiaires placent le malade dans des conditions défavorables pour la guérison ; si elles sont à la période de régression ou si elles ont complètement disparu à la suite des traitements appropriés, la marche des plaies reprend une marche favorable ;

12° La syphilis osseuse prédispose aux fractures des os et est un obstacle à leur consolidation ;

13° Dans la plupart des cas de syphilis osseuse le traitement spécifique n'empêche pas la consolidation des fractures.

Dans d'autres cas, la formation du cal est empêchée par un traitement mercuriel exagéré ou par la cachexie syphilitique ;

17° Dans la syphilis invétérée, principalement dans la syphilis osseuse, surtout chez les sujets affaiblis, les plaies s'accompagnent quelquefois d'une gangrène spécifique que l'on peut guérir avec un traitement antisiphilitique approprié ;

18° Il n'est pas démontré que la syphilis constitutionnelle prédispose les plaies aux hémorrhagies ;

19° La syphilis constitutionnelle ne favorise nullement l'apparition de la pyémie dans les plaies. (*Archiv. klin. chir. und Wiener med. Wochenschrift*, n° 51, 1878.)

SYPHILIS DE LA CONJONCTIVE, par le D^r STEDMAN BULL.

Il est assez fréquent d'observer chez les syphilitiques atteints d'affections oculaires des conjonctivites catarrhales ou des extensions à la conjonctive de lésions des paupières ou du globe de l'œil. Mais dans ce mémoire, l'auteur étudie spécialement les lésions syphilitiques appartenant *en propre* à la conjonctive et passe en revue les suivantes.

I. — Le *chancre induré* dont la présence n'est pas très rare sur les paupières peut se voir sur la conjonctive seule. En dehors de quelques cas douteux M. le D^r Stedman Bull analyse plusieurs faits très probants tels que ceux de Desmarres, de Sturgis, de Dietlen, et donne l'observation détaillée d'un fait qui lui est personnel. Le mode

de contagion est en général difficile à découvrir; le siège est exceptionnellement sur le bord de la cornée, mais presque toujours dans les culs-de-sac palpébraux; l'engorgement des glandes préauriculaires et sous-maxillaires est un bon élément de diagnostic.

II. — Les *plaques muqueuses* conjonctivales ne sont pas rares; on les voit affecter une forme maculeuse et plus fréquemment une forme pustuleuse donnant lieu à une ulcération rapide et à un gonflement souvent considérable des paupières. Une observation personnelle a permis à l'auteur de constater cette transformation fréquente de la plaque muqueuse en une plaie qu'on a pris quelquefois pour un chancre mou; l'existence de ce dernier ordre de lésion est très problématique sur la conjonctive. Il est à noter que ces ulcérations peuvent se montrer sans autres accidents syphilitiques coïncidents.

III. — Les *gommès* sont tout à fait exceptionnelles sur la conjonctive et beaucoup moins fréquentes que celles de la sclérotique; elles peuvent affecter la forme circonscrite ou la forme infiltrée comme dans les autres régions. Les faits de Magni, Hirschberg, Wecker, Estlander, etc., se rapportent en général à la gomme circonscrite, aussi quelques médecins leur donnent-ils le nom de *pustules syphilitiques de la conjonctive*. Mais l'auteur rapporte en terminant la très curieuse observation d'un syphilitique mort de pneumonie après avoir présenté une éruption hémorragique rappelant le scorbut; il était affecté d'une tumeur gommeuse scléroticale double et d'une infiltration gommeuse péricornéale des deux conjonctives, et le traitement spécifique avait agi rapidement sur ces lésions oculaires sans pouvoir empêcher la mort (*The American Journal of the medical sciences*, octobre 1878). H. C.

DE L'EMPLOI DU BANDAGE EN CAOUTCHOUC DANS LE TRAITEMENT
DE L'ECZÉMA ET DES ULCÈRES DE LA JAMBE, par L. DUNCAN
BULKLEY.

L'auteur, suivant l'exemple de Martin (de Boston) a substitué aux traitements habituellement employés dans certaines affections sécrétantes de la peau et en particulier dans l'eczéma variqueux ulcéré des jambes l'emploi continu d'un bandage roulé en caoutchouc. Il donne 27 observations résumées où ce traitement a été employé et croit pouvoir en conclure qu'il n'y a pas dans ces cas de bandage plus efficace et plus économique. Le caoutchouc pur excerce sur les tissus une pression élastique qui forme un élément important du traitement et qui rend son usage bien supérieur à celui de la toile caoutchouquée dont Hebra et Hardy se sont servis dans certaines dermatoses (*Archives of dermatology*, juin 1878). H. C.

DU RÉGIME ET DE L'HYGIÈNE DANS LES MALADIES DE LA PEAU,
par L. DUNCAN BULKLEY.

Ce petit mémoire sur un sujet important quoique en général négligé échappe à l'analyse et mérite d'être lu *in extenso* par les dermatologistes et les malades atteints d'affections cutanées chroniques. L'auteur n'outre-t-il pas un peu certaines prescriptions, sans doute en vue des habitudes spéciales de ses concitoyens ? Nous faisons surtout allusion à la proscription des aliments azotés et de toutes les boissons alcooliques y compris le vin dans certaines dermatoses et dans la syphilis. Cette réserve faite, signalons des observations intéressantes sur l'alimentation des

enfants dans ses rapports avec l'eczéma, sur l'élimination rénale insuffisante comme cause d'affections cutanées, sur l'emploi du lait et des aliments gras, etc. Nous le répétons, ce travail ne contient pas de faits que nous puissions mettre ici en relief, mais il abonde en préceptes utiles (*Virginia medical Monthly*, octobre 1878). H. C.

TRAITEMENT MÉCANIQUE DES MALADIES DE LA PEAU,
par le professeur H. AUSPITZ, de Vienne.

(Suite.)

Il ne peut y avoir guérison du lupus sans destruction et enlèvement du tissu morbide. Les méthodes qui permettent d'obtenir de la manière la plus radicale cette destruction sont celles aussi qui préservent le mieux des récidives. Le meilleur traitement du lupus est donc l'excision ou mieux la circoncision de la peau malade. Mais en raison de l'étendue en surface qui dans beaucoup de cas est particulière au lupus, cette méthode n'a qu'un champ restreint; d'un autre côté la formation de la cicatrice après l'opération reste toujours un fait important. Au lieu de l'excision on devrait donc le plus souvent recourir à une méthode qui permet d'atteindre directement les infiltrations lupeuses et de les détruire sur place.

On a employé jusqu'à présent dans ce but, et dans la plus large mesure, des caustiques de tout genre, mais ils ont été surtout efficaces contre les foyers lupeux punctiformes dont on pouvait devenir maître au moyen du nitrate d'argent, de la potasse caustique, et du crayon de chlorure de zinc. A l'égard des infiltrations superficielles on comprend qu'il est difficile d'employer le caustique sous forme de crayon. Le badigeonnage ne permet pas d'apprécier l'épaisseur de la

couche morbide et la profondeur à laquelle il faut cautériser, tandis que la résistance que le tissu malade ou sain oppose au crayon sert de guide à l'opérateur.

On voit que les caustiques dans le traitement du lupus laissent beaucoup à désirer. Il faudrait donc accepter avec empressement une méthode qui permettrait d'enlever les infiltrations superficielles et en même temps d'apprécier la plus légère différence entre le tissu sain et le tissu malade et que l'on pourrait appliquer dans les deux cas. Le raclage remplit ces conditions.

Ce serait cependant une erreur de croire que tout lupus peut être guéri par le raclage ; il ne suffit pas, lorsqu'il s'agit de grandes plaques lueuses qui ne se traduisent pas par une infiltration égale, par une ulcération ou par quelques nodosités lueuses, mais dans lesquelles les différentes formes de lupus existent les unes à côté des autres sur une base œdémateuse, rouge foncé, et avec une hyperémie veineuse très prononcée, plus large que les efflorescences lueuses elles-mêmes. Quelquefois il y a en même temps une hypertrophie du tissu conjonctif avec altération des vaisseaux lymphatiques, pénétrant profondément dans le tissu conjonctif sous-cutané, de sorte que le lupus repose sur une véritable base pachydermique. C'est le lupus hypertrophique de Cazenave (1).

Comme il s'agit, dans ces cas, d'une aérole hyperémique

(1) La dénomination de lupus hypertrophique est aujourd'hui vague, Cazenave et Schedel (Bielt) l'avaient primitivement employée dans le sens ci-dessus, c'est-à-dire pour le lupus avec pachydermie et œdème. Fuchs lui a substitué le nom de lupus tumidus ; cette forme de lupus s'observe le plus ordinairement à la face, mais aussi sur d'autres régions du corps. Fuchs appelle lupus exubérant celui qui survient habituellement aux mains et aux pieds et qui est caractérisé par des proliférations mamelonnées et s'ulcérant facilement. Cazenave avait affirmé, sans lui donner cependant une dénomination spéciale, que cette dernière variété de lupus présente une forme tout à fait différente de la première ; j'ai moi-même dans mon mé-

étendue avec stase veineuse et lymphatique profonde, il est naturellement impossible d'enlever par le raclage toute la partie rouge. Or, il suffit que cette aréole persiste, même après qu'on a raclé toutes les nodosités et les ulcères, pour que le lupus récidive.

Dans ces cas la scarification punctiforme est un moyen excellent.

Volkman n'a pas prétendu que la scarification punctiforme détruisait les nodosités lueuses développées, mais il a soutenu qu'elle était efficace aussi bien dans les formes non ulcérées dès le début que pour faire disparaître des plaques rouge bleu qui restent dans les parties raclées ou dans leur voisinage, et qui disposent beaucoup aux récidives des éruptions lueuses.

Le raclage constitue donc un bon moyen contre les infiltrations lueuses en forme de plaques peu étendues ainsi que contre les ulcères lueux, et la scarification punctiforme agit spécialement contre l'hyperémie lueuse de la base.

Contre les nodosités récentes qui surviennent sur la peau saine comme début du processus du foyer lueux, ainsi que contre les récidives sur les cicatrices de lupus, ni la curette ni l'aiguille à scarification ne donnent des résultats satisfaisants. Il ne nous resterait donc que le crayon caustique comme seul remède, mais il est en général insuffisant vu le grand nombre de nodosités qui se produisent.

moire sur le lupus, fait ressortir l'analogie de plusieurs formes de lupus, particulièrement du lupus de la face, avec l'éléphantiasis des Arabes; et cette forme qui répond au lupus avec hypertrophie décrit par Cazenave comme lupus hypertrophique, je l'ai désignée, d'après Fuchs et Hebra, sous le nom de lupus exubérant. Toutefois, des auteurs plus récents tels que: Kaposi, Lang ont rejeté ces dénominations, et désignent comme lupus hypertrophique, tantôt le lupus éléphantiasique, tantôt le lupus exubérant (Fuchs), le framboesia des auteurs. Je crois devoir maintenir ma classification comme la plus claire et la plus nette.

J'ai, d'après ces considérations, employé la méthode suivante :



Je prends une curette dont la surface convexe est munie d'une pointe pyramidale ou conique, ainsi que le montre la figure ci-jointe; et je pique chaque nodosité avec la pointe, après l'avoir préalablement trempée dans une solution caustique.

Pour le lupus, je me sers de glycérine iodée, dans la proportion de 1 partie de iode sur 20 de glycérine.

Les cas que j'ai traités étaient des lupus situés sur les régions les plus différentes, notamment à la face, aux extrémités, et j'ai réussi ainsi, après une seule cautérisation, à faire disparaître les nodosités. Sous l'influence de cette médication, les nodosités diminuent peu à peu, la peau devient lisse, restant seulement rouge brun et squameuse.

Plusieurs cas de lupus des extrémités que j'ai traités exclusivement de cette manière, à la polyclinique, pendant l'année 1876, furent guéris ou notablement améliorés à la fin de l'année. Je citerai entre autres un jeune homme atteint de lupus exubérant du gros orteil et deux jeunes filles affectées de lupus tuberculeux de l'avant-bras.

Engénéral, cependant, le traitement est dirigé de façon à ce qu'on emploie en même temps la curette pour les infiltrations superficielles et pour les ulcères, la pointe pour les aréoles rouges d'infiltration et le crayon caustique pour les nodosités. Ce traitement est surtout nécessaire contre le lupus hypertrophique (pachydermique) de la face. On peut opérer le malade plusieurs fois par semaine sur le même point, avec les trois instruments, sans avoir à craindre une réaction dans les parties voisines.

Je n'ai endormi les malades que dans les cas où il s'agissait de racler des infiltrations considérables et agglomérées ; dans les autres circonstances la douleur était en général d'autant plus facilement supportée, même par les femmes, qu'elle cesse ordinairement une fois l'opération terminée.

Acné simple et comédons, sycosis, acné rosée. — Relativement à l'acné simplex et rosée, Hebra junior avance que, à l'aide du raclage, on facilite l'expulsion des produits de sécrétion contenus dans les glandes sébacées obstruées, lorsque ces affections sont très prononcées, et on apaise les phénomènes inflammatoires en ouvrant une issue au pus.

Campana ajoute que le raclage donne encore de meilleurs résultats dans l'acné rosée que la scarification punctiforme, parce que, à l'aide de ce procédé, on réalise bien mieux la déchirure des vaisseaux et la formation des caillots.

Neumann, dans l'acné rosée, fait sur les vaisseaux des scarifications légères et des piqûres avec une aiguille à cataracte : quant aux nodosités il les racle. Sur les points qui sont le siège d'une simple rougeur diffuse sans néoformations vasculaires, il étend, au moyen d'un pinceau de charpie, une solution d'une partie d'acide phénique sur trois ou quatre d'alcool. Ce traitement donnerait toujours de bons résultats et éviterait la formation de cicatrices.

Dans ces derniers temps, Ellinger s'est servi de frictions de sable pour combattre l'acné et les comédons, ainsi que l'acné rosée. Au bout de 10 à 12 jours, dans l'acné simplex, la peau de la face était unie et nette et est restée ainsi (en continuant l'usage du sable). Six semaines suffirent pour guérir des acnés rosées.

Ce sont là tous les renseignements que je possède relativement au traitement mécanique des maladies dont je viens de parler.

Pour ce qui est du sycosis, Bardenheuer a trois fois en-

trepris le raclage ; mais chaque fois l'opération a été suivie d'une aggravation.

Dans un sycosis chronique qui, outre les pustules, se compliquait de proliférations papillaires, Hebra junior a pu diminuer la durée de la cure par trois ou quatre raclages.

Voici quels sont les résultats de mes expériences dans ces diverses affections de la peau : acné simplex et comédons.

Les résultats des moyens employés jusqu'ici se rapportant aux échanges nutritifs ou à des organes déterminés dont la lésion existait en même temps ou était supposée telle, sont souvent problématiques dans l'acné, etc. Le traitement local, dans lequel le soufre joue de toute antiquité un rôle important, ne compte pas de grands succès. Depuis deux ans j'obtiens de très bons résultats en appliquant le raclage au traitement de l'acné et des comédons. Je commence par enfoncer la petite aiguille, qui se trouve sur la face dorsale de ma curette, dans le conduit excréteur de la glande sébacée, afin de l'élargir dans toute son étendue, tandis que autrefois en se servant du bistouri on ne pouvait qu'inciser l'orifice et la peau adjacente. Si l'on atteint exactement la glande on voit alors chaque bouton d'acné s'affaisser immédiatement et les comédons se débarrasser de leur contenu. En même temps toute trace d'inflammation dans le voisinage de la glande disparaît dans l'espace de quelques heures. Alors je passe la curette horizontalement sur les nodosités vides, ainsi que sur les plus petites saillies pour lesquelles il serait inutile de se servir de l'aiguille, et je racle les squames qui sont très adhérentes au centre. On pratique cette opération plusieurs jours de suite, tant qu'il existe des nodosités. Dans l'intervalle on se borne à recouvrir les parties opérées de compresses enduites d'un corps gras.

J'ai traité de cette manière, pendant les années 1875 et 1876, à la polyclinique générale 41 cas, et dans ma pratique privée un nombre considérable d'acné disseminata et de

comédons de la face, du dos et d'autres régions du corps. Il m'est naturellement impossible de dire s'il y a eu des récidives, mais j'ai constaté que chez quelques individus que j'ai eu l'occasion de revoir à la consultation, la tendance aux éruptions acnéiques avait cessé. J'ai employé dans plusieurs cas les frictions avec le sable, proposées par Ellinger; mais je les ai bientôt abandonnées, parce qu'elles ont beaucoup plus d'inconvénients que le raclage, elles irritent plus ou moins la peau saine et ne rendent pas de meilleurs services que la pierre ponce ou le savon de sable conseillés depuis longtemps par Hebra.

Relativement au sycosis, j'ai obtenu, par le raclage, des succès encore plus satisfaisants, si c'est possible. J'ai recours au raclage non seulement comme Hebra junior dans le sycosis chronique avec proliférations papillaires, mais dans tous les sycosis récents ou anciens. On rase la barbe chaque jour. Depuis longtemps j'ai renoncé à l'épilation, car on n'enlève ainsi que les poils qui sont déjà peu adhérents dans le follicule pileux et qui ne sont pas malades.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital de Lourcine, par M. V. CORNIL, médecin de l'hôpital de Lourcine. Paris, 1879, in-8°, XII-482 pages avec 9 planches lithographiées et figures intercalées dans le texte. Prix : 10 francs.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (54, 4-79).

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE



1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RENAUT.

COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE.

TISSUS D'ORIGINE ECTODERMIQUE. — PEAU.

Etude générale des phanères (odontoïdes, poils, ongles).

(30 avril 1878.)

QUATRIÈME LEÇON.

Sommaire. — I. *Définition et origine générale des phanères.* — Apparition des bourgeons ectodermiques pilo-glandulaires chez l'embryon ; différences d'évolution entre les bourgeons des glandes et ceux des phanères. — Importance des papilles dans la production des phanères ; *les phanères sont des édifications papillaires effectuées dans un but d'adaptation particulier.* Tous les bourgeons ectodermiques sont indifférents au début.

II. — *Étude des ongles.* — Bourgeon unguéal disposé en nappe,

ANN. DERM. ET SYPH., T. X.

11

pli unguéal, son analogie avec les gaines vaginales des poils de la queue du rat. — Description de l'ongle embryonnaire, sa gaine Malpighienne; *matrice unguéale, lit et manteau de l'ongle*. — Ongle foetal invaginé, sa mise en liberté, sa constitution dans l'état adulte. — Indication de quelques lésions qui intéressent l'ongle.

III. — *Étude des papilles cornées (a)*, papilles cornées simples (*b*), papilles cornées composées. — Rôle des papilles cornées dans l'économie : papilles cornées conoïdes, productions odontiformes ou *odontoïdes*. — Papilles cornées adventices. — Lichen hypertrophique.

IV. — *Étude des poils*, leur distribution. — Les poils sont des édifications papillaires dues à l'union d'un bourgeon ectodermique pénétrant et d'une papille vasculaire à évolution tardive. — Schéma du poil, homologie de ses parties constituantes avec celles de la papille cornée conoïde ; gaine vaginale du poil, tige pileuse. — Cas particuliers des poils, structure des poils tactiles.

I. — Messieurs. Nous allons aborder aujourd'hui l'étude des phanères, que l'on peut considérer, dans la série, comme les productions les plus importantes résultant de l'adaptation du tégument cutané à des fonctions spéciales. On a réuni sous le nom collectif de *phanères*, les poils, les ongles et les sabots cornés, les dents; c'est-à-dire une série d'organes adaptés pour la protection et la défense des animaux qui en sont porteurs. Il ne s'agit nullement ici de stratifications purement épidermiques, comme on l'a cru longtemps; l'ectoderme et le derme vascularisé s'unissent, au contraire, pour édifier ces productions par une action commune et nettement réglée.

C'est du concours de bourgeons ectodermiques qui s'enfoncent la plupart du temps dans l'épaisseur du derme et de bourgeons vasculaires végétant en sens inverse que naissent les phanères les plus spécialisées et les mieux développées, telles que les poils et les dents; c'est autour d'une papille simple ou composée qui leur sert pour ainsi dire de centre directeur et nutritif que ces phanères se développent et s'édifient. D'une façon générale, on peut

donc dire que les phanères sont, à proprement parler, des *édifications papillaires effectuées dans un but d'adaptation particulier*.

Il y a pourtant, ce me semble, une exception à cette loi; cette exception s'applique à la plus simple des phanères, à *l'ongle*, qui résulte bien d'une invagination de l'ectoderme dans le derme sous forme d'un repli disposé en nappe, mais qui ne présente point de papille analogue à celle du poil, du tube de la corne ou de la dent, et qui lui réponde en particulier. Aussi commencerons-nous notre exposé par celui de l'ongle qui présente, chez l'homme surtout, une structure relativement simple. Mais avant d'entreprendre cette description, nous devons faire remarquer un fait important et qui domine l'histoire entière des productions épidermiques. C'est qu'au début, et dans la peau de l'embryon jusqu'au troisième mois, avant que les glandes et les phanères se soient différenciées et avant que les papilles se soient développées, tous les bourgeons épidermiques résultant d'une végétation de l'ectoderme ou épiblaste dans l'épaisseur du derme embryonnaire, sont cylindroïdes ou planiformes, pleins, et absolument identiques entre eux (qu'il s'agisse d'ailleurs d'un bourgeon destiné à former une phanère ou d'un autre destiné à former une glande).

C'est, ainsi que nous l'avons dit, de la mise en rapport du bourgeon ectodermique avec le vaisseau que provient sa différenciation dans la plupart des cas. Il est bien entendu ici que nous parlons au nom de la morphologie pure. Je ne veux nullement déclarer que le concours d'un bourgeon de l'ectoderme et d'une végétation vasculaire mésodermique d'un type donné produise par le pur effet d'une rencontre de hasard, ici une dent, là un poil, ailleurs enfin une glande. En évolution embryologique le hasard n'existe pas, et le concours des divers éléments forma-

teurs d'un organe complexe est absolument déterminé par des règles fixes. Mais en énonçant ce fait général que les bourgeons ectodermiques sont tous semblables les uns aux autres, et pour ainsi dire indifférents au début, j'ai seulement voulu faire voir qu'ici, comme dans nombre d'autres cas, la nature suit la loi fondamentale d'*adaptation économique* ; c'est dire, en d'autres termes, que pour produire des organes ultérieurement distincts, elle utilise des productions initialement identiques entre elles, en les modifiant simplement par une sorte de remaniement. Pour prendre un exemple, je ferai remarquer que, vers le troisième mois et chez l'embryon humain, tous les bourgeons ectodermiques sont identiques entre eux. Mais à la pulpe des doigts, il ne viendra jamais, à la rencontre de ces bourgeons, de vaisseaux bourgeonnant eux-mêmes sous forme de houppe ; les productions vasculaires seront, au contraire, disposées en réseau et il se formera simplement des glandes. A la face dorsale des 2^e et 1^{re} phalanges, au contraire, certains bourgeons ectodermiques seront rencontrés par des vaisseaux disposés en bouquet et ils se transformeront en poils. Tout cela dépend, on le conçoit dès à présent, non du hasard, mais de la direction générale suivie par l'évolution des tissus et des organes, évolution à laquelle le système nerveux prend une part coordinatrice, mais dont la raison première nous échappe absolument.

II. *Description des ongles.* — Je viens de vous dire, Messieurs, que l'ongle est, au point de vue du développement aussi bien qu'à celui de sa constitution dans l'état adulte, la plus simple de toutes les phanères. Si pourtant vous lisez la description des ongles dans la plupart des ouvrages classiques d'histologie que vous pouvez avoir entre les mains, vous constaterez qu'il est parfois difficile de débrouiller la structure de cette phanère et surtout

d'acquérir une conception simple de sa signification morphologique générale. Je vais essayer de combler cette lacune et de vous donner une idée claire et précise de la Phanère unguéale.

Tout à fait au début du développement, chez l'homme vers le 2^e mois de la vie intra-utérine, on voit, à l'extrémité des doigts, le bourgeon ectodermique générateur de l'ongle se former. Ce bourgeon est constitué par une invagination des couches de Malpighi qui pénètrent comme un coin dans l'épaisseur du tissu dermique. Mais il ne s'agit pas ici d'un bourgeon cylindroïde comme l'est celui d'une glande ou d'un poil; le bourgeon de l'ongle est *planiforme, c'est une nappe et non une tige*. A cette époque, les couches épidermiques, après avoir envoyé obliquement, dans le derme, et dans une direction à peu près parallèle à l'axe du doigt, le bourgeon formateur de l'ongle, poursuivent leur marche et passent de la face dorsale du doigt sur son extrémité et sa face palmaire sans former ni pli, ni sillon. Mais du 3^e au 4^e mois, cette nappe ectodermique unguéale invaginée que nous venons de décrire se clive en deux plans, l'un supérieur, l'autre inférieur. Dans l'intervalle de ces deux plans se développe l'ongle qui reste d'ailleurs jusqu'au 6^e mois inclus sous l'épiderme et qui est constitué comme suit :

L'ongle fœtal ne diffère point fondamentalement de l'ongle adulte, et, quand nous l'aurons décrit et que d'autre part nous aurons étudié sa mise en liberté vers la 25^e semaine de la vie intra-utérine, nous aurons acquis une bonne conception du sujet qui nous occupe.

L'ongle tout entier est compris dans un pli du corps muqueux de Malpighi; il est pour ainsi dire *monté* dans ce pli comme la lame de verre d'un carreau dans la rainure qui le sertit. Le pli unguéal est formé par le

creusement du bourgeon ectodermique unguiformateur à son centre. Il en résulte que la production cornée repose sur un *lit* formé par l'ectoderme malpighien, et est recouvert d'un *manteau* également ectodermique. Le concours du lit et du manteau forme le *pli unguéal*; le point de jonction des deux mêmes parties, à la région postérieure se fait sous un angle dièdre très aigu et constitue ce que l'on appelle la *matrice* de l'ongle. Suivons maintenant les modifications de l'ectoderme de la face dorsale du doigt à la face palmaire en passant par le *sillon unguéal*, le *manteau de l'ongle*, la *matrice*, et enfin le *lit* (fig... A).

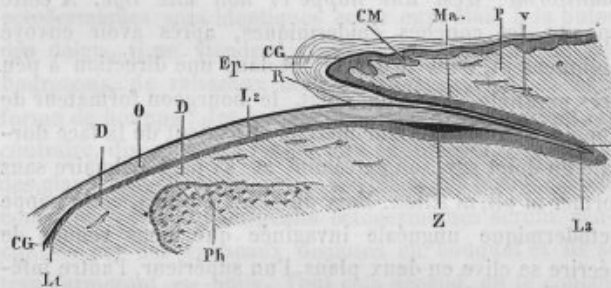


FIG. A.

Coupe de la phalange unguéale d'un fœtus humain à terme, faite parallèlement à l'axe du doigt.

P Plis sus-unguéal. — v Vaisseaux sanguins. — Ma Manteau de l'ongle. — M Matrice unguéale. — L2, L3 Lit de l'ongle. — L1 Point du lit unguéal où l'ongle devient libre. — Ep Epiderme desquamant de la rainure unguéale. — CG Couche granuleuse. — CM Corps de Malpighi. — R Rainure unguéale. — O Lamelle cornée de l'ongle. — Z Aile pigmentée. — Ph Phalangette. — D Dermis sous-unguéal.

À la face dorsale du doigt l'ectoderme est stratifié comme partout ailleurs et recouvre des papilles courtes plus ou moins nombreuses, à la surface de ces papilles nous voyons se disposer successivement (a) la couche des cellules cylindriques (b) la couche des cellules polygonales crénelées (c) la couche granuleuse, en un mot un *stratum de Mal-*

pighi complet recouvert par un *stratum corné* assez mince. Au voisinage de la rainure unguéale ou *sillon de l'ongle*, les couches de Malpighi se recourbent d'avant en arrière en conservant toutes leurs couches. A ce niveau le *stratum corneum* s'épaissit et forme une lamelle épidermique qui constitue la *bordure épidermique de l'ongle* (*Ep.*).

Poursuivant son cours réfléchi, l'ectoderme passe du sillon de l'ongle sur son manteau en gardant toutes ses couches. Mais à mesure qu'il s'avance vers la matrice (*Mt*), le *stratum cornéum* s'amincit jusqu'à disparaître ; il en est de même de la couche granuleuse qui n'existe plus au niveau du point où l'ectoderme se réfléchit pour passer du manteau unguéal sur le lit de l'ongle,

Le lit de l'ongle est formé par un stratum de Malpighi qui ne présente point de couche granuleuse. Ce fait est ici capital. Il explique comment le *stratum cornéum*, énormément développé pour constituer la Phanère, reste adhérent d'une manière solide aux couches épidermiques subjacentes. On sait, en effet, que la couche granuleuse constitue le point faible de la stratification épidermique et que, là où elle est bien développée, l'épiderme et le corps de Malpighi sont aisément séparables. Sur le lit de l'ongle où cette couche granuleuse n'existe pas, la corne formée et disposée en lame homogène tient solidement aux couches de Malpighi ; l'adhérence est encore rendue plus complète par l'existence de sillons ou de crêtes longitudinales qui partent de la partie postérieure de l'ongle comme d'un pôle (Henle) et qui, rectilignes à la partie moyenne, forment sur les côtés des courbes à convexité dirigée en dehors. La coupe des crêtes précitées se voit, sous forme de festons, sur les sections normales à la peau et à l'axe du doigt, mais sur les sections parallèles à cet axe on ne retrouve plus ces festons, ce qui montre bien qu'ils sont

us à de simples plis et non à des monticules papillaires distincts.

La couche de Malpighi qui revêt le lit de l'ongle s'amincit à mesure qu'elle s'éloigne de la matrice. Au voisinage du sillon de l'ongle, elle subit un épaissement lenticulaire ; à ce niveau sont accumulées des cellules épidermiques chargées de pigment et de granulations graisseuses qui, vues par transparence, dessinent une aire elliptique. Souvent une portion de cette aire dépasse le bord du sillon unguéal et dessine la lunule qui, chez certaines races humaines, en particulier chez les nègres, présente une coloration bleuâtre due à l'existence d'une pigmentation abondante.

En passant du lit de l'ongle à la face palmaire du doigt, la couche de Malpighi se modifie, elle *reprend* une couche granuleuse, et elle est par suite recouverte non plus d'une couche adhérente de corne, mais bien d'épiderme desquamant. C'est aussi à ce niveau que l'ongle quitte son lit, *devient libre*, et fait saillie au dehors sous forme d'une lame de corne, sans connexion sur ce point avec le stratum de Malpighi.

Il est facile maintenant de comprendre la disposition de l'ongle, c'est-à-dire de la lame cornée reposant sur le lit et bordée à sa partie postérieure et sur ses bords latéraux par un pli du derme réfléchi pour former un manteau qui tient l'ongle comme dans une sertissure solide. La lame cornée est sécrétée par le corps de Malpighi de la matrice et du lit unguéal, et les couches de corne, au fur et à mesure de leur formation, repoussent en avant celles précédemment sécrétées. Aussi, à une certaine époque, chez le fœtus, l'ongle, primitivement inclus sous l'épiderme alors continu du sillon unguéal à la pulpe du doigt, fait-il irruption au dehors par effraction de l'épiderme peu solide dont nous venons d'indiquer le trajet et devient libre à la 25^e semaine, fait qui présente une certaine importance

comme déterminant l'âge exact d'un fœtus donné, et par conséquent constituant une donnée médico-légale que vous devez retenir.

Quant à la constitution de la corne unguéale elle-même, j'ai peu de chose à vous en dire ; elle se compose de cellules entièrement transformées en lames de kératine et renfermant un noyau qui se dessèche et s'aplatit, mais ne s'atrophie jamais par dilatation et transformation vésiculeuse de son nucléole. Ce dernier point est important, car il rend compte de ce fait que la *corne ne desquame pas*. Nous avons, du reste, déjà assez insisté sur ce sujet pour n'y pas revenir maintenant.

Mais il serait intéressant de savoir si, dans les maladies cutanées où les ongles desquament (psoriasis, eczéma, division fibroïde de l'ongle) l'altération vésiculeuse existe et rend compte de la lésion. C'est là, Messieurs, une étude qui n'a encore été faite que très incomplètement, mais qui pourrait devenir l'objet de recherches intéressantes. On connaît mieux la petite lésion si commune de l'ongle qui consiste dans une petite tache d'un blanc opaque et que l'on pourrait appeler l'*albugo unguéal*. Comme l'albugo de la cornée, il est causé par la présence de granulations graisseuses dans des groupes de cellules épidermiques qui ont évolué d'une façon irrégulière. Cette lésion se trouve même fréquemment dans les ongles en voie de croissance active comme ceux du fœtus, ainsi que le montre l'une des préparations qui sera soumise à votre examen à l'issue de cette leçon.

En résumé, vous voyez, Messieurs, que pour constituer un ongle, il suffit d'une invagination de l'ectoderme constituant un lit et un manteau. La simple suppression de la zone granuleuse sur le lit de l'ongle amène la formation d'un stratum épidermique qui prend un énorme développement et constitue l'ongle. Ainsi que je vous l'avais annoncé,

l'adaptation fonctionnelle suit donc ici un procédé très simple, et l'ongle est la moins compliquée des phanères. Mais, quelle que soit sa simplicité morphologique, son évolution n'en est pas moins soumise à des règles fixes, l'ongle ne se forme pas par une simple accumulation de la corne sur le lit, cette accumulation est réglée et dirigée par les actions nerveuses trophiques; et quand la nutrition générale est brusquement compromise par une maladie grave, celle de l'ongle se trouve aussi modifiée plus ou moins profondément. Lorsque la convalescence s'établit et que la nutrition générale redevient normale, la croissance de l'ongle redevient normale aussi. Plusieurs semaines après une maladie grave, telle que la dothiéntérie, l'on trouve sur les ongles des traces de ce changement; le début de la convalescence est alors marqué par un sillon transversal qui parcourt l'ongle du bord droit au bord gauche, indiquant une démarcation nette et précise entre la phanère sécrétée par l'organisme malade et celle produite par l'organisme redevenu sain.

Nous venons de voir la nappe cornée unguéale se former dans le pli de l'ongle, entre le lit et le manteau; nous allons maintenant passer à la plus simple des phanères papillaires, à la *papille cornée*, dont l'étude attentive est intéressante, surtout à ce point de vue qu'elle constitue, pour ainsi dire, la clef qui permet de comprendre la morphologie de Phanères plus compliquées, telles que les productions cornées odontiformes et les poils.

III. *Description des papilles cornées, ontoïdes.* — Vers le 3^e mois de la vie intra-utérine, chez l'embryon humain, toute la surface libre du tégument est encore lisse et planiforme. Les papilles et les poils sont au début de leur évolution. Au niveau des points où vont se former les papilles, un bouquet vasculaire, venu de la profondeur du derme, végète vers la surface. Ce bouquet est en-

touré d'une petite masse de tissu connectif embryonnaire. Au niveau de chacun des petits bourgeons dont je viens de parler, les couches épidermiques sont soulevées légèrement et se recourbent pour coiffer l'éminence papillaire ainsi produite. Si la papille est colossale, comme il arrive, notamment, au niveau de la muqueuse linguale, les couches épidermiques qui la recouvrent, tout en se continuant latéralement avec le reste du revêtement ectodermique, forment au sommet de chaque éminence un système distinct. Chez certains animaux, notamment les carnassiers et les herbivores, l'évolution cornée de chaque petit chapeau papillaire est très régulière et, au-dessus de l'éminence, on voit s'élever une série de couches d'épiderme solide disposées les unes au-dessus des autres à la façon de cornets d'oublies. La papille devient ici le centre de formation d'un organe résistant, de forme conique, et souvent d'une hauteur assez considérable. Ce petit organe sert à la préhension des aliments ou à la mastication, c'est ce que l'on appelle un *Odontoïde*, il a été véritablement construit par la papille dont le bouquet vasculaire et la saillie conoïde ont commandé pour ainsi dire sa forme générale.

Lorsqu'il s'agit de papilles cornées de petit volume, le mamelon dermique qui sert de centre à la production cornée présente la forme d'un bourgeon simple, mais lorsqu'au contraire il s'agit d'un odontoïde de grande dimension la papille qui lui sert de base se complique et devient composée. On voit alors, sur les coupes perpendiculaires à la surface de la peau, les festons papillaires principaux présenter eux-mêmes une forme festonnée. Dans chacun des festons secondaires pénètre une anse vasculaire émanée du bouquet principal. A cette énorme papille composée répond un cône unique d'épiderme corné. Dans la portion centrale de ce cône, c'est-à-dire se prolongeant dans son axe nous voyons la zone granuleuse se poursuivre pour

former une sorte de substance médullaire à l'odontoïde, tandis que la papille située à sa base lui constitue une sorte de bulbe.

De pareilles productions cornées existent fréquemment à la face interne des lèvres et des joues ou sur la langue de certains mammifères, et constituent de véritables annexes du système dentaire. Le lion et le chat, par exemple se servent de leurs odontoïdes linguaux pour enlever la chair musculaire adhérente aux os, qu'ils mettent à nu en les léchant simplement. A la surface du tégument de l'homme, on ne voit de pareilles productions que dans l'état pathologique. La lésion cutanée qui s'accompagne le plus souvent de productions cornées disposées à la surface de papilles adventices est le *lichen hypertrophique*, bien décrit surtout dans ces dernières années par mon maître M. Hardy. Cette affection constitue, à proprement parler, un véritable *papillôme corné diffus* de la peau, qui prend alors une disposition tout à fait analogue à celle de la langue des félins. Bien plus, sur certains points, chaque feston des papilles composées donne naissance à une petite aiguille cornée distincte qui le couvre. La papille entière est revêtue de la sorte par des aiguilles plus ou moins nombreuses, des sortes de *poils* cornés adjacents entre eux comme les crins d'une brosse. M. Baretta a représenté cette disposition très exactement dans l'un de ses beaux moulages du musée dermatologique de l'hôpital Saint-Louis.

Cette papille composée, hérissée de tubes cornés minuscules formant chacun le chapeau épidermique de l'un de ses festons composants, va nous permettre de comprendre aisément la constitution de la corne ou du sabot des ongulés. Les tubes de la corne, suivant la judicieuse remarque de mon ami M. Arloing, sont des édifications papillaires et répondent chacun à l'un des festons secondaires d'une papille composée. Ils les a comparés aux poils ; je préfère

les assimiler au cône corné des ontoïdes. Si nous supposons qu'entre tous ces cônes allongés adjacents entre eux

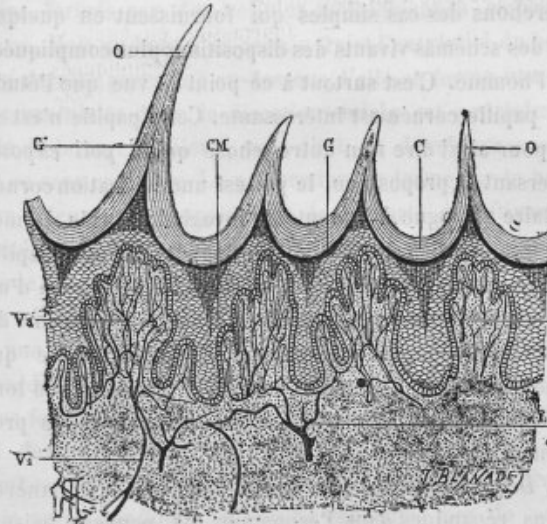


FIG. B.

Papilles, cornées odontiformes de la lèvre du cobaye.

V1 Vaisseaux anastomotiques du plan vasculaire profond. — V2 Vaisseaux sous-papillaires. — V3 Vaisseaux papillaires. — Pp Papille principale ou groupe papillaire. — Ps Papille secondaire. — CM Corps muqueux de Malpighi. — G Couche granuleuse. — C Couche cornée. O Odontoïde. — G Prolongement de la zone granuleuse formant la moelle de l'odontoïde.

le stratum épidermique existe, et qu'au lieu d'être isolé des autres chacun des poils cornés précités soit noyé dans une couche épidermique planiforme, nous aurons la constitution exacte du sabot des solipèdes que je ne décrirai pas plus longuement ici, mais dont je devais vous indiquer la signification morphologique générale.

Je n'entrerai pas non plus dans la description des cornes proprement dites telles que celles des ruminants, nous avons en effet ici constamment pour objet l'acquisition de données applicables à la médecine, et, si nous nous ser-

vons si fréquemment de l'anatomie générale comparée, c'est pour ainsi dire comme d'un instrument d'explication ; nous y cherchons des cas simples qui fournissent en quelque sorte des schémas vivants des dispositions plus compliquées chez l'homme. C'est surtout à ce point de vue que l'étude de la papille cornée est intéressante. Cette papille n'est en effet pour ainsi dire rien autre chose qu'un *poil exposé*. Renversant la proposition, le poil est une édification cornée papillaire analogue à l'odontoïde invaginée dans le derme, parce que, au lieu de s'être développée sur une papille tout à fait voisine de la surface elle résulte de l'union d'un bourgeon ectodermique pénétrant dans la profondeur du derme et d'une papille vasculaire à évolution tardive qui conséquemment rencontre le bourgeon ectodermique lors qu'il est déjà plongé dans le derme, quelquefois très profondément.

IV. *Description des poils*. — Les poils sont les phanères les plus répandues dans l'économie ; ils peuvent exister partout où existe l'épithélium stratifié au type malpighien. C'est ainsi que le lièvre a la face interne des joues garnies de bouquets de poils. De même, dans les kystes dermoïdes, là où se forme une production cutanée de nature adventice, là aussi paraissent les poils et les dents souvent en grand nombre et avec un développement parfait.

Nous venons de dire que l'odontoïde est une production papillaire.

Il en est de même, au fond, de toute production pileuse ; la différence principale consiste dans ceci ; c'est que la papille vasculaire d'un poil, au lieu de faire saillie à la surface du tégument, est profondément enfoncée dans l'épaisseur du derme. Quand les poils se forment chez l'embryon, le corps muqueux de Malpighi, à ce moment encore étalé en nappe, devient le siège d'un bourgeonnement particulier. Les bourgeons cylindroïdes partent de sa face pro-

fonde et s'avancent dans l'épaisseur du chorion à la façon des racines des plantes. A ce moment les bourgeons sont pleins, formés par des cellules malpighiennes embryonnaires. Mais au bout d'un certain trajet l'extrémité du bourgeon s'arrête, parce que au-dessous d'elle se forme une papille vasculaire dont la direction axiale est précisément celle du bourgeon pileux, mais dont le développement se fait en sens contraire. La perforation du derme par le bourgeon pileux embryonnaire est de la sorte définitivement arrêtée. L'apparition plus ou moins rapide de la papille commande, pour ainsi dire, la longueur du poil qui va se former ; l'on conçoit par exemple que, sur un point de la peau ou une série de bourgeons papillaires se seront produits immédiatement au-dessous des couches épidermiques, il ne se formera pas de poils, mais bien des lignes de papilles qui dessineront des sillons plus ou moins nombreux et réguliers. C'est par exemple ce qui se produit au niveau de la pulpe des doigts où l'on ne rencontre pas de poils, mais des papilles disposées en zones concentriques et élégantes. C'est aussi pourquoi, chez les animaux fournis d'une abondante toison, les régions glabres de la peau sont à peu près les seules qui paraissent munies de papilles (face palmaire des doigts, des orteils, du pied et de la main des mammifères plantigrades par exemple).

Voyons maintenant ce qui va se passer au point de contact du bourgeon pileux primitif et de la papille pileuse embryonnaire. Cette dernière se coiffe de l'extrémité borge du bourgeon pileux qui, sous cette action, revêt une apparence analogue à celle d'une bouteille commune à fond saillant en dedans. Le bourgeon pileux est actuellement départi en deux zones, l'une suspapillaire, différenciée, l'autre qui est la continuation du corps muqueux de Malpighi et qui va constituer la portion *vaginale* ou gaine externe du poil. C'est au-dessus de la papille que le poil

va maintenant former sa partie essentielle, la tige, qui continuera la direction axiale de la papille coiffée par son bulbe ou portion réfléchie. Cette tige nous montrera une structure très analogue à celle de l'odontoïde que nous avons décrit au-dessus de certaines papilles linguales, et l'homologie des deux productions papillaires deviendra de la sorte évidente.

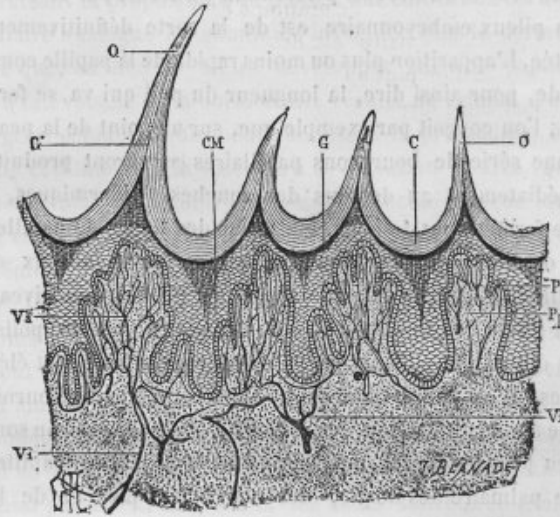


FIG. B.

Papilles, cornées odontoïformes de la lèvre du cobaye.

V1 Vaisseaux anastomotiques du plan vasculaire profond. — V2 Vaisseaux sous-papillaires. — V3 Vaisseaux papillaires. — Pp Papille principale ou groupe papillaire. — Ps Papille secondaire. — CM Corps muqueux de Malpighi. — G Couche granuleuse. — C Couche cornée. — O Odontoïde. — G Prolongement de la zone granuleuse formant la moelle de l'odontoïde.

Une coupe transversale de la muqueuse de la langue du chat dirigée perpendiculairement à la surface de la muqueuse, et suivant l'axe d'un odontoïde, montre simplement, de la profondeur à la surface, les couches suivantes que l'on retrouve dans une coupe quelconque de la

peau, savoir : 1° La papille dermique très allongée en cône;
2° la couche de cellules prismatiques du corps de Malpi-

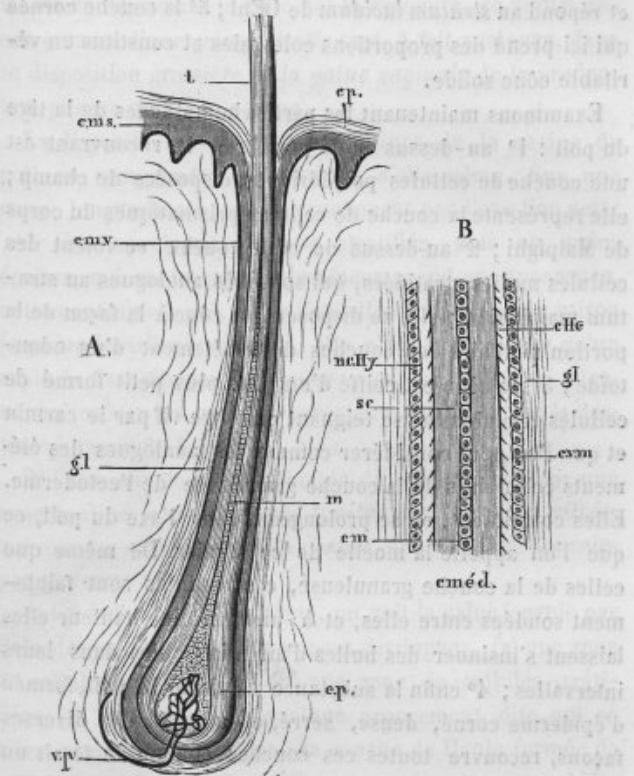


FIG. C.

(A) Coupe longitudinale d'un poil de la peau injectée du cochon d'Inde.

t Tige du poil. — m Moelle pilense. — ep Écorce du poil. — emv Epithélium de la couche vaginale. — ems Epithélium de Malpighi superficiel. — ep Epi-derme corné. — gl Gaine lamelleuse du poil. — vt Vaisseaux sanguins de la papille.

(B) Coupe longitudinale du poil de la gaine vaginale et lamelleuse.

gl Gaine lamelleuse. — cm Couche vaginale formée par les cellules cylindriques du corps de Malpighi. — cHe Couche de Huxley. — ncHy Couche de Huxley (les stries montrent la direction des noyaux atrophiés qui paraissent comme des traits linéaires). — sc Substance corticale de la tige. — eméd Couche médullaire occupant le centre du poil.

ghi ; 3° la couche de cellules stratifiées et dentelées ; 4° la couche granuleuse qui se teint en rouge vif par le carmin et répond au *stratum lucidum* de OEhl ; 5° la couche cornée qui ici prend des proportions colossales et constitue un véritable cône solide.

Examinons maintenant les parties homologues de la tige du poil : 1° au-dessus de la papille et la recouvrant est une couche de cellules polyédriques disposées de champ ; elle représente la couche de cellules prismatiques du corps de Malpighi ; 2° au-dessus de cette couche se voient des cellules molles stratifiées, qui sont très analogues au *stratum malpighien* ; elle se disposent en cône à la façon de la portion similaire des couches de revêtement d'un onctoire ; 3° ce cône est coiffé d'un cône plus petit formé de cellules granuleuses, se teignant en rouge vif par le carmin et que l'on peut considérer comme les analogues des éléments cellulaires de la couche granuleuse de l'ectoderme. Elles constituent, en se prolongeant dans l'axe du poil, ce que l'on appelle la moelle de ce dernier. De même que celles de la couche granuleuse, ces cellules sont faiblement soudées entre elles, et à une certaine hauteur elles laissent s'insinuer des bulles d'air minuscules dans leurs intervalles ; 4° enfin la substance corticale du poil, formée d'épiderme corné, dense, serré, et stratifié de diverses façons, recouvre toutes ces couches comme le ferait un très long étui ; elle est limitée à sa périphérie par une zone plus dense que le reste, mince, et que l'on nomme l'*épidermicule*.

Mais au lieu de faire saillie à la surface de la peau dans la totalité de son parcours, la production pileuse est, on le sait, profondément implantée dans le tégument. Ceci ne veut point dire qu'elle soit plantée dans le derme comme un poteau dans le sol. Elle est au contraire entourée par une longue gaine formée par un enfoncement du corps

muqueux et de l'épiderme. Si l'on étendait une étoffe sur un tas de sable et si ensuite on plantait un piquet dans la masse en déprimant le voile qui la recouvre, ce piquet serait entouré d'une gaine d'étoffe tout à fait analogue, dans sa disposition grossière, à la *gaine vaginale* de la production pileuse qui nous occupe.

La disposition compliquée des gaines de la racine du poil se comprendra maintenant d'elle-même. Sur une coupe longitudinale passant exactement par l'axe l'on voit :

1° Une enveloppe fibreuse stratifiée plus ou moins épaisse, qui sur les poils volumineux prend une apparence, nettement lamelleuse. Nous l'appellerons pour cette raison la *gaine lamelleuse du poil*, elle n'est autre chose qu'un repli du tissu fibreux du derme, c'est sur elle que viennent s'insérer les muscles arrecteurs lisses ou striés destinés à mouvoir le poil ;

2° Cette enveloppe est limitée du côté du poil par une zone hyaline, c'est la *couche limitante externe* ou *vitrée*, qui marque effectivement la limite des couches fournies par le derme ;

3° En dedans de la limitante, on voit la gaine fournie par l'ectoderme déprimé. L'on y peut distinguer, (a) une zone de cellules prismatiques, (b) une zone de cellules stratifiées, (c) une zone épidermique proprement dite qui se divise en deux plans savoir : la couche de Henle formée de cellules cornées soudées intimement et à noyaux atrophiés, la couche de Huxley formée de cellules dont le noyau reste distinct et qui est immédiatement adjacente à la tige du poil, c'est-à-dire qu'elle touche l'épidermicule.

Je dois, après avoir fait cet exposé général, entrer maintenant dans certains détails. Comme on le voit la gaine vaginale n'est rien autre chose que la couche planiforme du stratum ectodermique, invaginée sur un point et qui s'est comme écroulée dans le chorion. Les cellules de Malpi-

ghi y présentent leurs caractères ordinaires dans la couche des cellules cylindriques et dans celle des cellules dentelées ordinaires. On voit même de distance en distance, dans ces couches des noyaux atrophiés par la dilatation de leurs nucléoles. Mais il n'y a pas de zone granuleuse bien distincte, le stratum épidermique formé ici par les couches homogènes de Henle et de Huxley est solide, transparent comme le verre et résistant. L'on a beaucoup insisté sur les noyaux de la couche de Huxley qui, comme on sait, est immédiatement adjacente à la tige du poil et touche l'épidermicule. Ces noyaux n'ont pas, selon moi une grande importance, ils sont d'autant plus nombreux que l'on s'avance plus profondément vers le bulbe pileux et disposés, par rapport à l'axe du poil, dans une direction oblique ascendante.

La gaine vitrée ou limitante externe est bornée du côté de la gaine épidermique par un bord denticulé dans les festons rentrants et saillants duquel s'engrènent les pointes de la première rangée de cellules de Malpighi. Cette disposition est d'autant plus marquée que la gaine vaginale s'enfonce plus profondément dans le derme. Derrière la zone limitante homogène, tout à fait analogue du reste à celle que l'on observe à la surface des papilles on voit une fine bordure de grains et de fibres élastiques qui se poursuivent au dehors dans la gaine lamelleuse, lui fournissent l'un de ses éléments de solidité, puis regagnent les réseaux élastiques du derme pour se confondre avec eux.

Quant à la gaine lamelleuse elle constitue une production spéciale du derme destinée à servir à la phanère pileuse à la fois d'enveloppe, de soutien, et d'agent du mouvement. C'est sur la gaine lamelleuse que s'insèrent en effet les muscles arrecteurs à contraction lente et involontaire ou à contraction brusque et soumis à la volonté. Dans le second cas l'insertion se fait sur le tissu fibreux de la gaine à peu

près comme sur celui analogue d'un tendon. Dans le premier, des deux chefs du faisceau de fibres lisses part un tendon formé de fibres élastiques qui s'épanouissent en éventail pour se perdre d'un côté dans le tissu élastique du derme, de l'autre pour se relier au système élastique de la gaine lamelleuse. Ordinairement ce tendon élastique embrasse le bulbe en passant au-dessous de lui, l'insertion supérieure de l'arrecteur est au contraire plus élevée que le bulbe, de telle façon que lorsque le muscle entre en action, il fait basculer le poil entier comme par une action de renvoi, et que la phanère se meut à la façon d'un levier interpuissant dont le point d'appui serait contourné par le tendon.

Les rapports des poils et des glandes sébacées sont bien connus. Ces glandes sont disposées par couples au niveau du collet des poils, dans un diverticule limité par le tissu dermique qui n'est plus ici nettement décomposé en zones lamelleuses, mais nous n'insisterons pas sur ce sujet et nous allons passer à l'étude d'une forme extrêmement intéressante de poils qui constituent chez la plupart des animaux des agents spécialisés au tact, je veux parler des vibrisses ou poils tactiles.

Etude des poils tactiles ou vibrisses du rat et du cochon d'Inde. — Avant d'étudier la disposition et la terminaison des nerfs sensitifs dans les vibrisses, il convient de donner d'abord une description sommaire de celles-ci. Ce sont de longues soies raides implantées dans la peau de la lèvre supérieure sous une incidence légèrement oblique; elles forment de chaque côté du museau un double éventail et frottent par leur extrémité libre contre les objets voisins de la tête de façon à constituer des organes du tact pour ainsi dire à distance.

Le poil qui forme la vibrisse possède une structure tout à fait particulière qui a, depuis longtemps, attiré l'at-

tention des anatomistes ; pour bien comprendre cette structure, il faut la comparer à celle d'un poil ordinaire, c'est-à-dire non différencié pour devenir un agent du tact. Les principales modifications portent sur les gaines fournies au poil par le derme et le corps muqueux de Malpighi.

Je n'entrerai pas ici dans les détails de la structure de la tige des poils tactiles. Il me suffira de dire qu'elle est très complexe et de signaler l'existence fréquente, mais non pas constante d'une tige pileuse de remplacement accolée au poil principal dont elle constitue l'accessoire. Mais la forme de la papille pileuse et la disposition des gaines vaginales est tout à fait remarquable et mérite d'attirer l'attention.

Le derme environnant fournit au poil tactile une énorme gaine lamelleuse qui l'entoure de toutes parts comme le ferait un sac résistant. Si l'on fait une coupe de la peau de la lèvre du rat après en avoir fixé dans sa forme un minime fragment par l'action de l'acide osmique à 1 0/0, l'on voit facilement que cette gaine est constituée d'une façon très analogue à la gaine lamelleuse des nerfs décrite par mon maître M. Ranvier. Je ferai remarquer, sans insister ici davantage sur ce point, que les cellules disposées dans les intervalles des lamelles superposées de tissu fibreux, ne remplissent pas entièrement ces derniers. Elles se comportent d'une manière très semblable aux cellules de la cornée contenues dans les espaces lacuneux interlamellaires décrits par Henle. Ce sont d'ailleurs des cellules plates analogues à celles du tissu connectif fibreux ainsi que je m'en suis assuré directement par la dissociation. La gaine lamelleuse est perforée, au milieu de la couche qu'elle décrit pour passer au-dessous du poil, par un ramuscule artériel important et par une veine à paroi mince qui marche parallèlement à l'artère. Ces vaisseaux sont ceux de la papille du poil tactile.

Cette papille, située dans l'intérieur du sac formé par la gaine lamelleuse, est colossale dans les vibrisses du

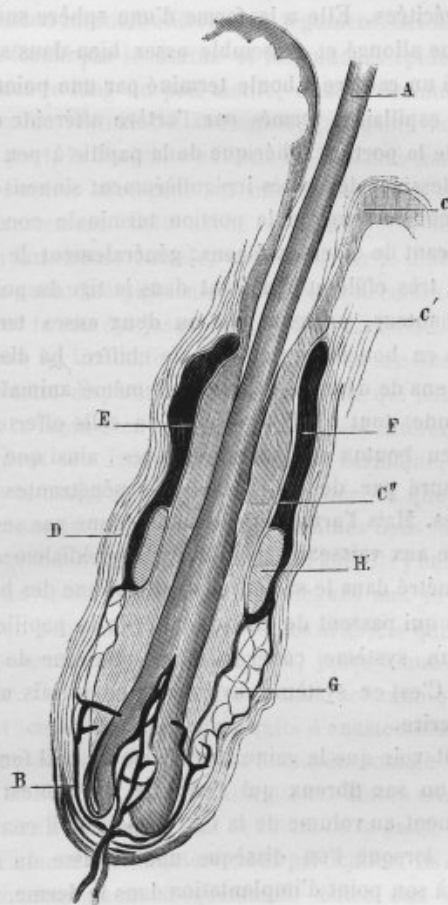


FIG. D.

Ensemble d'un poil tactile.

A Tige. — CC Ectoderme replié pour former la gaine vaginale. — C' Gaine vaginale. — D Gaine lamelleuse. — E Couche limitante externe fournie par le derme. — F Sinus sanguin. — G Base du sinus sanguin formé de tissu muqueux traversé par des vaisseaux. — H Bourrelet annulaire ou anneau tactile externe. — B Vaisseaux sanguins.

cochon d'Inde et du rat. Les auteurs ont peu insisté sur sa configuration, que j'ai trouvée typique dans les deux espèces précitées. Elle a la forme d'une sphère surmontée d'un cône allongé et ressemble assez bien dans son ensemble à un cautère à boule terminé par une pointe conique, les capillaires formés par l'artère afférente montent le long de la portion sphérique de la papille à peu près de façon à dessiner des côtes irrégulièrement sinueuses, puis ils rampent le long de la portion terminale conoïde en s'entrelaçant de diverses façons; généralement le sommet du cône, très effilé et pénétrant dans la tige du poil à une grande hauteur, présente une ou deux anses terminales courbées en boucles ou en huit de chiffre. La disposition que je viens de décrire est, chez un même animal (le cochon d'Inde) tout à fait différente de celle offerte par la papille en bouton des poils ordinaires, ainsi que je m'en suis assuré par des injections très pénétrantes et très complètes. Mais l'artère afférente ne donne pas seulement naissance aux vaisseaux papillaires; immédiatement après avoir pénétré dans le sac fibreux, elle donne des branches latérales qui passent de chaque côté de la papille et vont former un système caverneux au pourtour de la base du poil. C'est ce système caverneux que je vais actuellement décrire.

J'ai fait voir que la gaine lamelleuse du poil forme à ce dernier un sac fibreux qui l'entoure. Ce sac est énorme relativement au volume de la tige du poil qu'il contient. A l'œil nu, lorsque l'on dissèque une vibrisse du rat, elle montre, à son point d'implantation dans le derme, un renflement volumineux et nacré caractéristique du poil tactile, et à la surface duquel s'insèrent des muscles striés nombreux et de couleur foncée. Lorsque l'on fend le renflement, on le trouve rempli de sang; il contient, en effet, un système érectile complet, organisé de la manière suivante.

Examinons une coupe de la peau passant par l'axe d'un poil tactile. La tige du poil devient libre au sommet d'une petite dépression infundibuliforme du tégument. Cet infundibulum est formé par le derme et les couches épidermiques réfléchies le long du poil tactile, c'est le commencement de la gaine vaginale; à son sommet, la gaine lamelleuse d'une part, la limitante externe et la gaine malpighienne, de l'autre, divergent en interceptant une cavité dans leur écartement. Cette cavité est limitée en dehors par la gaine lamelleuse écartée, en dedans par la limitante externe et la gaine malpighienne qui restent accolées à la tige du poil et la suivent jusqu'au voisinage du bulbe. A ce dernier niveau la limitante externe rejoint le sac fibreux. Il résulte de cette disposition une vaste cavité qui entoure la vibrisse à la façon d'un manchon, et qui est interceptée par l'écartement des deux gaines d'origine dermique.

C'est dans la cavité que nous venons de décrire que pénètrent les vaisseaux qui ne se sont pas ramifiés dans la papille sphéro-conique qui occupe la base du poil. Ils y entrent sous forme de traits transversaux analogues aux rayons d'une roue, en provenant de ramuscules artériels qui s'élèvent, en contournant le bulbe du poil, jusqu'à une certaine hauteur. Ces vaisseaux transversaux communiquent fréquemment entre eux par des traits d'anastomose, de telle sorte que la base du poil est entourée comme d'un filet à larges mailles par leurs ramifications. Mais à mesure que les vaisseaux pénètrent dans la cavité de la gaine dermique, ils prennent un caractère tout particulier. Ils s'élargissent; communiquent fréquemment entre eux à la façon des réseaux vasculaires embryonnaires; sur les coupes on voit leur section prendre une forme étoilée. Les pointes des étoiles sont reliées à des vaisseaux voisins et offrent une apparence analogue aux pointes d'accroissement des îlots vaso-formatifs, bref la cavité tout entière

est occupée par un vaste système de vaisseaux caverneux plongés au sein d'une masse de tissu muqueux délicat, translucide, renfermant des cellules munies de prolongements protoplasmiques anastomosés en réseau. Le

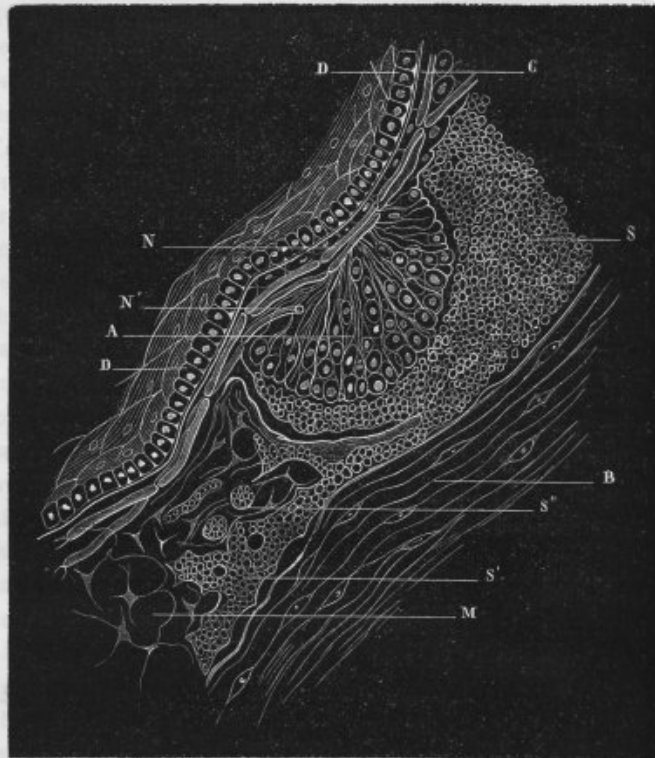


FIG. E.

Coupe du bourrelet annulaire (ou anneau tactile externe) d'un poil du tact de la tèvre du rat.

A Bourrelet tactie. — B Gaine lamelleuse du poil. — C Couche limitante vitrée. — D Gaine vaginale du poil. — S Sinus sanguin. — S' S'' Vaisseaux cavernaux du tissu muqueux sous-annulaire. — N N' Nerfs à moelle se rendant à l'anneau tactile ou le dépassant et compris entre cet anneau et la limitante externe ou vitrée du poil. (Chambre claire 350.)

fond de la cavité renferme ce tissu muqueux en abondance, son sommet en contient moins; à ce niveau tout l'espace est occupé par d'énormes capillaires s'ouvrant les uns dans les autres et constituant de la sorte un véritable *sinus ou lac sanguin*, construit à la façon d'un angiôme caverneux.

Revenons maintenant au poil tactile placé au centre et dans l'axe de cette cavité érectile. J'ai dit que la gaine limitante et les gaines de Malpighi sont accolées à la vibrisse pendant tout son trajet. Mais elles présentent sur leur parcours un renflement tout particulier en forme de bourrelet annulaire, renflement que je propose d'appeler dès maintenant l'*anneau tactile externe* du poil, quitte à justifier plus loin cette dénomination.

Le bourrelet annulaire ou anneau tactile est situé au tiers supérieur de la cavité caverneuse et fait saillie dans cette dernière. Il est placé au pourtour de la vibrisse comme le curseur du piston d'une seringue de Pravaz l'est autour de la tige métallique. Sur les coupes pratiquées suivant l'axe du poil il se montre de chaque côté comme une paire d'ailes ovales ou arrondies. Il est placé en dehors de la limitante externe qui se poursuit entre lui et les gaines malpighiennes du poil. Sa structure est extrêmement intéressante et ses rapports avec les nerfs sont étroits et curieux. A son niveau la limitante externe se dissocie en une série de filaments très délicats qui pénètrent dans le bourrelet en divergeant à la façon des branches d'un éventail. Ces filaments sont formés de faisceaux connectifs très délicats qui se rapprochent, s'éloignent, se rapprochent tour à tour les uns des autres, et, par ces rapprochements et ces écartements successifs, interceptent une multitude de loges tout à fait analogues aux loges polyédriques de la corde dorsale des Cyclostomes. Les filaments connectifs dont je viens de parler sont en effet réunis par une substance homogène de façon à constituer par leur réunion des membranes déli-

cates et très rétractiles, semées régulièrement, chez le rat, de gouttelettes de graisse minuscules que l'osmium teint en noir d'ébène, comme la myéline. Les même gouttelettes noires s'observent dans la corde dorsale des Pteromyzons. Enfin, dans les loges interceptées comme il vient d'être dit, l'on voit des éléments cellulaires à gros noyau arrondi entouré d'une masse de protoplasma d'une délicatesse extrême, très rétractile et remplissant plus ou moins exactement la petite loge fibreuse. Il s'agit ici d'une production très analogue aux cellules du nodule sésamoïde du tendon d'Achille des grenouilles, c'est-à-dire des cellules globuleuses. Ces éléments sont également délicats et rétractiles; si l'on a pas eu le soin de les fixer dans leur forme exacte par l'injection interstitielle d'acide osmique à 1 0/0, tout le bourrelet tactile annulaire revient sur lui-même, et les cellules qu'il renferme; au lieu de montrer leur forme régulière et arrondie, prennent l'aspect de petites masses lenticulaires englobées dans une substance fibroïde. En un mot, entre une préparation fixée par l'osmium et une fixée par l'alcool, il y a une différence analogue à celle qui existerait entre un éventail ouvert, dont on analyserait la peinture dans ses détails, et un fermé aux trois quarts sur lequel on ne pourrait distinguer aucun dessin.

En résumé, le bourrelet tactile annulaire est un petit corps solide, une sorte de pièce de squelette formée au sein du tissu fibreux à la façon du nodule sésamoïde du tendon d'Achille, et présentant une structure assez peu différente. Derrière lui passe la limitante externe, il est donc contenu tout entier dans la région de la gaine vaginale d'origine dermique, *c'est une production du chorion* comme l'est la charpente fibreuse des corpuscules du tact.

La première rangée de cellules placée en dedans de la limitante externe est formée d'éléments cellulaires globuleux, clairs dans les poils du rat, et que L. Lœwe a trouvé

plus foncés que le reste des cellules malpighiennes dans les poils tactiles de certains Cheiroptères. Cette rangée forme un anneau concentrique à l'anneau tactile externe. Comme on verra par la suite de cet exposé que les nerfs y pénètrent, je propose de l'appeler l'*anneau tactile interne*. Il ne me paraît pas évident que les cellules qui composent cet anneau appartiennent aux couches de Malpighi de la gaine du poil, car, outre que l'on ne voit point, dans les préparations fixées par l'osmium, les dentelures caractéristiques des cellules malpighiennes, la gaine limitante externe envoie entre les éléments cellulaires des prolongements intercalaires très nets; mais (l'intérêt morphologique de cette production mis à part), il est indifférent pour comprendre le mécanisme du tact dans les vibrisses de rattacher le bourrelet tactile interne à l'ectoderme ou au chorion, aussi n'insisterai-je pas davantage sur ce sujet.

Ainsi le poil tactile occupe l'axe du sac caverneux; il est muni d'un bourrelet annulaire qui fait saillie dans la portion du sac (le tiers supérieur), qui est remplie par des vaisseaux caverneux et joue le rôle d'un véritable sinus sanguin. Comment, actuellement, vont se comporter les nerfs à l'égard de tout ce système? C'est un point que nous laisserons actuellement de côté pour le reprendre à propos de l'étude des terminaisons des nerfs sensitifs dans les différents organes du tact. Cette étude ne nous occupera pas immédiatement, et dans la prochaine leçon nous ferons la description du développement des dents et du procédé général de remplacement des Phanères.

II

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par Charles MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi.

2^e Partie (Suite et fin).

VIII

Avant d'aller plus loin, je voudrais pouvoir donner une description précise et complète des désordres anatomiques que la syphilis peut produire dans les centres nerveux, à une époque très rapprochée de son début. Malheureusement les faits manquent; ceux que nous possédons ont été recueillis à une époque où on n'examinait pas les lésions avec le soin et la minutie qu'on y apporte aujourd'hui. On ignorait que les artères cérébrales deviennent malades sous l'influence de la syphilis. Cette découverte a fait une révolution dans l'anatomie pathologique des syphiloses cérébro-spinales. On commence à se rendre compte de certains faits qui paraissaient étranges parce qu'on ne pouvait pas les expliquer. Peu à peu se sont dissipées bien des obscurités pathogéniques.

On s'accorde généralement à regarder les lésions internes qui se produisent au début de la syphilis comme moins graves que celles qui arrivent à une période plus avancée.

Cette manière de voir est exacte pour tous les organes, sauf pour les centres nerveux. Qu'on veuille bien remarquer, en effet, que les syphiloses cérébro-spinales précoces sont tout aussi graves au début qu'à la phase moyenne ou aux phases ultimes de la maladie constitutionnelle. Un malade qui devient aphasique et hémiplegique quatre ou cinq mois après le chancre est aussi sérieusement atteint qu'il n'est frappé que 5, 10 ou 15 ans après le début de l'intoxication. A quoi tient cette fatalité ? A la hiérarchie fonctionnelle, à la structure délicate de l'organe. Ce n'est pas le produit morbide lui-même qui est dangereux : l'hyperplasie diffuse ou circonscrite, les gommés, etc., etc., en tout autre point que le cerveau ou la moelle, seraient comparativement peu dangereuses. Mais la désorganisation des éléments nerveux, qu'ils provoquent, est la cause des désordres les plus funestes, des troubles fonctionnels qui mettent la vie en danger ou qui compromettent pour toujours la vie cérébrale dans une ou plusieurs de ses manifestations. Chez aucun de mes malades le cerveau et la moelle touchés pendant les douze premiers mois de la syphilis n'ont récupéré l'intégrité de leurs fonctions. Chez quelques-uns la guérison a été satisfaisante, sans être pourtant *absolue*. D'autres sont restés infirmes par quelques points du fonctionnement nerveux. Un est mort et un autre, parmi ceux que j'ai pu suivre, a descendu peu à peu tous les degrés du ramollissement cérébral, et en est à l'imbécillité psychique et à une akinésie et une ataxie musculaire irrémédiables.

Les conséquences sont-elles plus sérieuses aux autres phases de la syphilis ? Non, et autant que j'en puis juger par mon expérience personnelle, elles restent à peu près les mêmes, en ce qui concerne le système nerveux, à toutes les périodes de la syphilis.

Ce que j'ai dit autrefois du pronostic relativement favo-

nable des lésions syphilitiques précoces du système osseux (1), ne s'applique donc pas aux affections syphilitiques précoces du système nerveux.

IX

Il serait difficile de faire dès maintenant une histoire dogmatique des lésions anatomiques qu'on a observées dans les syphiloses cérébro-spinales précoces. Qu'il me suffise de dire que toutes celles qu'on rencontre plus tard peuvent se produire pendant les deux ou trois premières années de la maladie constitutionnelle et même pendant ses douze premiers mois.

Mais celles qui semblent prédominer sont les altérations de l'écorce et les lésions artérielles. Dans les deux, le ramollissement de la pulpe du cerveau, soit au centre, soit surtout à la périphérie, c'est-à-dire dans la couche corticale, est le résultat inévitable de la lésion primitive.

On a vu aussi dans quelques cas (et il y en a deux exemples parmi les observations que j'ai résumées) la lésion initiale siéger dans les os, et se propager de là par l'intermédiaire des méninges jusque dans le cerveau.

Enfin, quelquefois l'autopsie n'a fait constater dans les centres nerveux aucune altération. Il est probable qu'alors les artères seules étaient lésées et qu'une ischémie cérébrale généralisée ou portant sur des centres vitaux de premier ordre, a supprimé peu à peu ou affaibli progressivement des fonctions nerveuses indispensables à la vie.

Les lésions artérielles produites par la syphilis ont été recherchées et étudiées avec grande attention dans ces derniers temps, surtout, en Angleterre et en Allemagne.

(1) *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux*, Paris, 1872, Adrien Delahaye.

L'action de la syphilis sur le système artériel n'avait pas échappé aux anciens auteurs ; mais elle avait été pressentie plutôt que solidement établie, par Lancisi, Morgagni, Astruc et quelques autres. C'est depuis 1847 que des observations précises ont été publiées sur ce sujet par MM. Dettrick, Goldemcester, Esmarch, Stemberg, Wilks, Moxon, Broadbent, Russel, et surtout par MM. Hughlings Jackson et Heubner. Ce dernier pathologiste a fait paraître en 1874 une monographie considérable sur les lésions syphilitiques des artères, où il a réuni cinq observations empruntées à tous les pays.

Il se produit dans les artères des lésions de voisinage quand une tumeur gommeuse ou un épanchement plastique les englobent ou les compriment. Qu'arrive-t-il alors ? Les parois du vaisseau s'altèrent, se rapprochent et une oblitération complète ou incomplète se produit, qui entraîne l'ischémie, puis la nécrobiosie dans la sphère de distribution du vaisseau. Nul doute que plusieurs ramollissements superficiels du cerveau d'origine syphilitique ne se forment de cette façon.

Mais les lésions les plus intéressantes des artères sont celles qui attaquent directement et primitivement leurs parois. Elles sont au nombre de trois. Les tumeurs gommeuses, l'endartérite et la périartérite.

Pour MM. Hughlings Jackson, Wilks et Moxon, l'existence de petites tumeurs gommeuses dans l'épaisseur des parois artérielles ne doit pas être mise en doute. Chose curieuse ! on ne les rencontre que dans les artères du cerveau. Les artères des autres parties du corps paraissent avoir le privilège de ne subir en aucune façon les atteintes de la syphilis. Pourtant quelques anatomo-pathologistes supposent maintenant que les artéριοles cutanées sont frappées d'endartérite oblitérante dans une série de cas

et notamment dans les affections cutanées ulcéreuses de la syphilis.

Quoi qu'il en soit, l'artérite syphilitique interne ou externe se développe partout dans les artères intracrâniennes. Pour les uns, c'est la périartérite qui s'observe le plus communément ; pour les autres, c'est l'endartérite. Parmi ces derniers se range M. Heubner, qui localise le processus syphilitique des artères dans la partie la plus interne de leur couche moyenne.

La conséquence de ces lésions artérielles, c'est le rétrécissement du calibre des vaisseaux et leur oblitération par des caillots sanguins. Les sujets qui en sont atteints se trouvent donc placés dans les mêmes conditions que ceux dont les artères cérébrales sont athéromateuses. Ils sont à chaque instant dans l'imminence d'une encéphalopathie résultant de l'ischémie brusque ou progressive produite par l'atrésie, la thrombose ou même l'embolie, cette dernière ne pouvant se produire toutefois que dans la sphère des artères intracrâniennes, puisque le cœur et les grosses artères sont intactes.

X

Les lésions des méninges, surtout celles de la pie-mère et de l'arachnoïde, pendant les premières phases de la syphilis, ont été mises hors de doute par les autopsies. Ainsi Griesinger découvrit les lésions suivantes chez un individu qui devint hémiplégique et idiot six mois après l'infection syphilitique : la dure-mère était normale, la pie-mère était enflammée et épaissie, partout, mais principalement sur la convexité des hémisphères et adhérait intimement à la couche corticale du cerveau. L'arachnoïde présentait les mêmes lésions, mais à un moindre degré. Chez une

malade de M. le docteur Kuh, qui fut prise en pleine période secondaire de troubles cérébraux variés, paralytiques et convulsifs qui entraînèrent la mort, les membranes du cerveau étaient infiltrées d'une exsudation jaune qui existait aussi sous forme de petites masses dans l'épaisseur des hémisphères du cerveau.

Les lésions des méninges, qu'elle soient hyperplasiques ou gommeuses, doivent être regardées comme fréquentes dans les syphiloses cérébro-spinales précoces. Et qu'y a-t-il d'étonnant à cela ? En 1872, un des syphiliographes les plus éminents de l'Allemagne, M. Zeissl, disait avec beaucoup de justesse que la pie-mère, qui ne le cède point à l'iris pour la richesse et la muscularité de ses vaisseaux, pouvait être atteinte, ainsi que cette dernière membrane, avec laquelle elle a des connexions si étroites. Il ajoutait que la ressemblance est plus grande encore entre l'arachnoïde et l'enveloppe séreuse du foie et la tunique vaginale, et que la périhépatite et la périorchite survenant à une époque relativement précoce de la syphilis, il était probable que la séreuse du cerveau devait être sujette à des attaques de la même espèce, ayant pour résultat son épaissement.

Les méningopathies syphilitiques précoces n'ont pas plus de tendance à la généralisation que les anciennes. Elles sont habituellement circonscrites ou plus développées sur certains points que sur d'autres. C'est à elles qu'il faut rapporter les syphiloses à symptômes disséminés convulsifs et paralytiques.

Dans l'interprétation pathogénique des phénomènes nous pouvons donc prendre pour base anatomo-pathologique deux ordres de lésions prédominantes : d'une part, les endartérites ou les affections gommeuses des artères intracrâniennes, et d'autre part les hyperplasies diffuses ou circonscrites des méninges et de l'écorce cérébrale. Le

ramollissement est toujours le terme de ces deux ordres de lésions.

Les méningopathies et les artéropathies cérébrales ne s'excluent point ; elles peuvent coexister comme aussi elles peuvent se produire isolément.

Les symptômes doivent différer suivant que l'une ou l'autre de ces lésions existe seule ou prédomine. Mais comme le ramollissement est le terme de toutes les deux, il est bien difficile que l'analyse du phénomène puisse conduire à un diagnostic anatomique rigoureusement exact.

XI

On peut diviser l'hémiplégie syphilitique en trois variétés (1). La première se développe lentement ; elle est directe et provient de la compression qu'exerce sur les fibres une tumeur gommeuse développée dans les conducteurs nerveux eux-mêmes ;

La seconde, causée par un ramollissement local du cerveau, se rattache à une dégénérescence gommeuse de l'artère cérébrale moyenne ou d'une de ses branches, qui la rétrécit ou l'oblitére ;

La troisième, qui est presque toujours transitoire, survient après une convulsion (hémiplégie convulsive de Todd). Elle est produite par une hyperplasie gommeuse des membranes, qui a envahi les circonvolutions, et qui, agissant sur elles comme un corps étranger, a troublé l'équilibre de la matière grise, l'a mise en état d'instabilité fonctionnelle, et l'a poussée à une décharge nerveuse (*discharging lesion*).

Or, la conséquence des lésions à décharge convulsive c'est une paralysie transitoire par épuisement des fibres

(1) Hughlings Jackson.

nerveuses qui, dans le corps strié, ont été surmenées par la violence du courant convulsif.

Les hémiplegies convulsives ne sont pas produites par une congestion ou une extravasation sanguine. Le processus est le suivant :

1° Formation d'une hyperplasie ou d'une tumeur dans le tissu connectif méningo-encéphalique ;

2° Instabilité d'équilibre fonctionnel déterminé par la production morbide dans la matière grise avoisinante ;

3° Décharge paroxystique de la matière grise sous forme de convulsions ;

4° Epuisement temporaire des fibres nerveuses du corps strié, correspondant au territoire de la matière grise envahie par la morbidité.

Ces trois modes pathogéniques de l'hémiplegie syphilitique peuvent se produire dans les syphiloses cérébrales précoces. Mais, comme je l'ai déjà dit, le deuxième, c'est-à-dire l'hémiplegie droite ou gauche, procédant par attaques apoplectiformes, est la plus commune.

La même interprétation peut s'appliquer presque rigoureusement à l'aphasie. Toutefois, ainsi que le fait remarquer M. Hughlings Jackson, les hyperplasies, les tumeurs, de quelque nature qu'elles soient, syphilitiques ou autres, ne causent point, en général, une abolition du langage aussi étendue, aussi complète que le ramollissement et l'hémorragie.

Les deux principales variétés pathogéniques de l'aphasie syphilitiques seraient donc :

1° L'aphasie symptomatique d'un ramollissement produit par une thrombose de l'artère cérébrale moyenne gauche. Elle correspond exactement à la deuxième variété de l'hémiplegie ;

2° L'aphasie épileptique, qui est le pendant de l'hémiplégie épileptique, et qu'on rencontre assez souvent dans la syphilis.

Parmi nos observations de syphilose cérébrale précoce, c'est la première variété d'aphasie qui l'emporte de beaucoup sur la seconde comme fréquence, et elle s'associe à la deuxième variété d'hémiplégie, surtout quand cette hémiplégie siège du côté droit.

Qu'en faut-il conclure, c'est que ce remarquable syndrome, aphasie et hémiplégie droite, qui constitue le mode symptomatique le plus commun des syphiloses cérébrales précoces, se rattache presque toujours à une altération syphilitique de l'artère moyenne du côté gauche.

Ici se présente une difficulté qu'il faut faire ressortir pour mettre en garde contre les interprétations trop précipitées. On s'explique très bien que l'embolie des sylviennes, consécutive à l'athérome artériel se produise plus facilement à gauche qu'à droite, et que par conséquent l'hémiplégie droite et l'aphasie, qui en sont la conséquence, soient, plus souvent que d'autres phénomènes paralytiques, le symptôme de la dégénérescence athéromateuse droite. Si la sylvienne gauche, en effet, est plus souvent oblitérée que la droite, c'est que la carotide gauche se trouve plus directement que la droite dans l'axe du courant sanguin, et qu'elle est la voie la plus droite que puisse prendre l'embolus pour aller du cœur et de l'aorte au cerveau. La prédominance de la lésion à gauche dépend donc en pareil cas d'une simple disposition anatomique. En est-il ainsi dans les syphiloses avec le syndrome aphasie et hémiplégie droite ? Non, puisque la lésion ne provient point d'un embolus parti de l'aorte ou du cœur, mais d'un rétrécissement ou d'une oblitération thrombotique née sur le lieu même par le fait d'une artérite syphilitique qui a choisi la sylvienne gauche.

Du reste, que l'aphasie et l'hémiplégie droite syphilitiques résultent d'une dégénérescence gommeuse, d'une artérite chronique et de la thrombose, qui en est la conséquence ; ou bien qu'elles soient produites par une hyperplasie des méninges et de la névrologie corticale, indépendante de toute lésion artérielle, n'est-il pas étonnant de voir la syphilis affecter une prédilection si singulière pour le côté gauche du cerveau ?

Quelle en est la cause ?

Il paraît démontré que plus un organe est en état d'activité physiologique, plus est grande la préférence qu'ont pour lui les manifestations diathésiques. Eh bien, dans cette affinité élective de la syphilis pour le côté gauche du cerveau ne faudrait-il pas voir une preuve de l'énorme prédominance fonctionnelle de l'hémisphère gauche chez la plupart des individus ?

Et ce qui vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que les ramollissements syphilitiques par ischémie et ceux par productions gommeuses méningo-corticales s'établissent surtout dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne droite ou gauche, au voisinage du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius, c'est-à-dire dans les parties les plus actives des hémisphères, dans la région des centres idéo-moteurs.

XII

D'après ce que je viens d'exposer, il existerait donc deux grandes variétés d'encéphalopathies syphilitiques. Les unes seraient consécutives aux troubles ischémiques, provenant de la syphilose des artères du cerveau ; les autres dépendraient de productions gommeuses ayant leur siège dans les méninges ou dans la névrologie. Les premières présen-

teraient les symptômes du ramollissement classique, les secondes ceux des tumeurs du cerveau.

Cette distinction ne manque point d'importance clinique, surtout au point de vue du pronostic et du traitement. Sans doute, il ne faut pas toujours chercher à l'établir d'une manière absolue, ni la poursuivre dans toutes ses conséquences théoriques; mais on doit la regarder comme fondée et en tenir compte.

Ces deux variétés de l'encéphalopathie syphilitique peuvent exister séparément; bien des fois aussi elles coïncident. Et quelle raison les rendrait incompatibles? Ne procèdent-elles pas de la même cause générale que rien n'empêche d'agir et qui agit, en effet, simultanément sur divers tissus et sur divers organes? etc. C'est parce que ces encéphalopathies combinent leurs effets, mélangent et enchevêtrent leurs symptômes, qu'on observe dans beaucoup de syphiloses cérébrales tant de phénomènes un peu disséminés de tous les côtés, sans lien fonctionnel apparent et sans uniformité dans le processus.

Voici en quelques mots un parallèle séméiotique entre ces deux variétés d'encéphalopathies syphilitiques:

La céphalalgie est un prodrome commun au ramollissement syphilitique ischémique et aux productions gommeuses corticales; mais dans le premier elle est diffuse, bilatérale, habituellement frontale ou généralisée, tandis que dans les secondes elle est fixe, circonscrite du côté de la néoplasie et à son niveau, rémittente et paroxystique.

La paralysie ou la parésie dans tout un côté du corps, ou du moins dans une portion considérable de ce côté, se manifeste sous forme d'attaques, sans perte de connaissance dans le ramollissement ischémique. Dans les néoplasies gommeuses méningo-corticales, les troubles du côté de la motilité débutent très souvent par une épilepsie partielle ou hémiplegique, par cette épilepsie avec aura,

que Bravais avait découverte dès 1827, et qui a été si parfaitement décrite de nos jours par Hughlings Jackson. Ce symptôme appartient en propre aux tumeurs cérébrales et ne se voit jamais ou presque jamais dans le ramollissement, surtout au début.

J'en dirai autant des vomissements.

Les troubles psychiques, les altérations de la sensibilité générale et des organes des sens, sont aussi beaucoup plus communs dans les productions gommeuses méningo-corticales que dans le ramollissement.

Quoiqu'il y ait beaucoup plus de richesse et de variétés dans la séméiologie des tumeurs syphilitiques du cerveau que dans celles du ramollissement ichémique, cependant cette dernière affection est plus grave que la première. — Une étendue plus considérable de la pulpe cérébrale est irrémédiablement détruite, et puis les spécifiques ont infiniment moins de prise sur la syphilose des artères que sur celle des méninges ou de la névroglie. C'est sans doute à l'affection syphilitique des artères cérébrales qu'il faut rapporter ces graves encéphalopathies qui résistent au mercure et à l'iodure de potassium, tout autant que les encéphalopathies d'origine athéromateuse.

Parmi les troubles sensoriaux produits par les tumeurs méningo-corticales d'origine syphilitique ou autre, ceux de la vue occupent la place la plus importante. Leur étude a été faite avec une grande perspicacité par M. Hughlings Jackson (1). La névrite optique (*optic neuritis*), les altérations consécutives du disque et l'amaurose ont été, de sa part, l'objet d'une étude approfondie. Il a établi, d'après de nombreuses observations, que la névrite optique avec ou sans atrophie du disque, est presque toujours double,

(1) *Physician's notes on ophthalmology*, by Hughlings Jackson, p. 6, et suiv.

bien qu'elle se rattache souvent à une lésion du cerveau unilatérale. « D'une manière générale, dit ce savant médecin, les symptômes cérébraux se groupent non seulement selon leurs affinités fonctionnelles, mais quelquefois suivant les divisions nutritives et artérielles de la région. Si un malade a une double névrite optique et des convulsions ayant débuté dans la main ou la face, on trouvera la lésion dans les circonvolutions du district arrosé par l'artère cérébrale moyenne.

.é.

« La convulsion ne peut fournir aucune information relativement à la nature de la lésion. Elle n'indique que le lieu où se sont produits les changements qui perturbent l'équilibre de la matière grise et la poussent à des décharges. Cette disposition dépend-elle ou ne dépend-elle pas d'une tumeur ? La maladie est-elle organique ou fonctionnelle ? S'il n'existe pas de névrite optique, il est très probable que l'accès ne dépend ni d'une tumeur ni d'aucun autre produit morbide. Mais, s'il existe une névrite optique double, nous pouvons conclure avec confiance que la maladie siégeant dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne est une tumeur. La névrite optique indique donc la nature générale de la lésion, tandis que la convulsion en indique le siège.

« La névrite optique peut provenir d'une maladie du cervelet.

« . . . La névrite optique peut exister sans une tumeur du cerveau. Néanmoins, je pense que la névrite optique est le signe le plus certain d'une grosse lésion (*coarse organic diseases*) située dans l'intérieur du crâne. »

XIII

Pour terminer les considérations théoriques et surtout

pratiques que m'a suggérées l'étude des syphiloses cérébro-spinales, il me resterait à parler du traitement. Mais j'en suis presque dispensé par les commentaires dont j'ai fait suivre chaque observation.

Dès qu'on voit poindre chez un syphilitique quelques-uns des prodromes qui signalent, à toutes les périodes de la maladie, l'invasion des accidents nerveux, il faut se hâter de prévenir et de combattre la détermination. L'iodure de potassium à haute dose doit être immédiatement administré. Si le malade en prenait déjà, il faut que la quantité en soit augmentée.

Ce médicament, si précieux dans le traitement de la syphilis, si efficace contre un grand nombre de ses manifestations, ne produit pas toujours les résultats merveilleux qu'on en attend, lorsqu'il s'agit de syphiloses cérébro-spinales. Il échoue même quelquefois complètement ou il ne procure que des guérisons incomplètes. J'ai déjà dit incidemment qu'il ne paraissait avoir qu'une prise médiocre sur les lésions syphilitiques des artères cérébrales. Enfin, j'ai constaté qu'il ne fallait pas beaucoup compter sur ses vertus préventives, puisque les syphiloses cérébro-spinales se sont développées en plein traitement ioduré.

Si je fais ces restrictions au sujet de l'iodure, à plus forte raison s'appliqueraient-elles au mercure. Ne l'a-t-on pas accusé de prédisposer aux déterminations syphilitiques sur la moelle et l'encéphale ? Cette grave question n'est pas jugée ; et, comme il est incontestable que les préparations hydrargyriques ont produit une amélioration notable et même une guérison rapide dans beaucoup de cas, il est d'usage de les employer conjointement avec l'iodure.

Pour agir avec plus de rapidité sur les lésions syphilitiques dans ces cas où il importe à un si haut degré de les faire disparaître, on a recours aux frictions.

L'iodure à haute dose et les frictions hydrargyriques,

tels sont les deux agents les plus actifs du traitement des syphiloses cérébro-spinales. Mais il ne faut pas les administrer d'une manière continue pendant trop longtemps. Il vaut mieux en interrompre l'usage à des intervalles de 15 ou 20 jours pour le reprendre ensuite. Cette méthode qui laisse à l'organisme le temps de se reposer et empêche l'accoutumance, paraît donner de meilleurs résultats que la méthode contraire. Du reste, les règles générales sont insuffisantes. Il faut savoir s'inspirer des circonstances.

Le traitement des syphiloses cérébro-spinales précoces est le même que celui des syphiloses cérébro-spinales tardives.

L'âge de ces affections n'est la source d'aucune indication particulière. Comme les premières sont aussi dangereuses que les autres, le traitement ne doit être ni plus faible ni moins prolongé.

APPENDICE.

Bien que j'aie donné de longs développements à toutes les questions qui de près ou de loin se rapportent aux affections syphilitiques précoces du système nerveux, je crois qu'il ne sera pas sans utilité de publier les nouveaux documents que j'ai recueillis ou qui m'ont été communiqués depuis que ce mémoire est terminé.

I

Un de nos jeunes confrères les plus instruits, M. Maximilien Zeissl fils, a eu l'obligeance de m'adresser une note sur les remarques faites par son père, dans sa vaste clientèle, au sujet des affections syphilitiques du système nerveux.

Le savant syphiliographe de Vienne a vu la syphilis attaquer le cerveau, la moelle épinière et les nerfs, une fois, deux mois après l'infection chancreuse, au moment où elle s'accompagnait des manifestations secondaires habituelles. Mais le plus ordinairement, les déterminations de la maladie constitutionnelle sur le système nerveux ne s'effectuaient qu'au bout de 1, 2 et 3 ans. Dans quelques cas, ce n'est qu'après vingt années et même plus que les centres nerveux ont été atteints par la syphilis.

Sur 3,289 syphilitiques traités par M. le professeur Zeissl, à sa clinique, dans ces huit dernières années, la syphilis n'a attaqué le système nerveux que chez quatre personnes. Dans sa clientèle privée, M. Zeissl a constaté plusieurs fois que la syphilis cérébrale se produisait surtout chez les personnes qui s'occupaient sérieusement de travaux intellectuels ardu, tels que les mathématiques, par exemple, etc.

Lorsque l'éruption du premier exanthème syphilitique est accompagnée de céphalées excessivement violentes, le célèbre professeur de Vienne a l'habitude de les combattre avec les frictions mercurielles; deux ou trois suffisent, en général, pour faire disparaître cette manifestation menaçante.

Quant aux névralgies symptomatiques de la syphilis, il les traite avantageusement avec des pilules d'iodoforme formulées de la manière suivante :

Poudre d'iodoforme	1,50
Extrait et poudre de gentiane. . . .	q. s.

pour faire 20 pilules. Le malade en prendra 2 ou 3 chaque jour.

II

Dans le *Lehrbuch der constitutionnellen Syphilis*, Erlangen, 1864, p. 298, M. le professeur Zeissl, rendant compte

d'un ouvrage du Dr Knorre, publié à Hambourg dans le journal *Deutsche Klinik*, n° 7, 1849, en parle en ces termes :

« Dans cet ouvrage sont relatés plusieurs cas de paralysies syphilitiques qui survinrent en même temps que les premiers symptômes de la maladie constitutionnelle ou bientôt après l'accident primitif. Ces paralysies ne firent point leur apparition avec les symptômes qu'on a l'habitude de nommer tertiaires, avec des affections syphilitiques osseuses, par exemple.

« Dans les cas publiés par Knorre, la paralysie tantôt se localisait dans un seul nerf, et tantôt envahissait toute une extrémité. Constamment, la motilité était plus affectée que la sensibilité. Quelquefois les fonctions intellectuelles et les organes des sens étaient atteints.

1° cas. — Un ouvrier en métallurgie, âgé de 20 ans, en plein exanthème papuleux consécutif à un chancre contracté quelques semaines auparavant, se trouva paralysé un matin de la moitié inférieure du corps ; il éprouvait, en outre, des douleurs dans le bas du rachis. Il y avait insensibilité et paralysie des sphincters de l'anus et incontinence des matières fécales. La vessie ne pouvait se vider qu'à l'aide du cathéter. (Decocté de Zittmann ; — ventouses dans le dos.) — Grande amélioration. — Guérison complète de la paralysie et des autres manifestations syphilitiques, au bout de quelques semaines, par l'iodure de mercure. Santé parfaite pendant 3 ans. Il restait dans la jambe gauche un peu de faiblesse, qui fut dissipée en quelques jours par l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

2° cas. — Un écrivain, âgé de 30 ans, fut attaqué, pendant les premières manifestations de la maladie constitutionnelle, d'une paralysie de la moitié droite de la face : il ne pouvait ni fermer l'œil ni froncer le sourcil du même côté. Traité par le mercure, il fut guéri au bout de cinq

semaines. Deux mois après, il fut atteint de diplopie et de strabisme interne de l'œil gauche. On lui fit prendre de l'iodure de potassium, qui l'améliora en quinze jours, et le guérit en quatre semaines.

« 3^e cas. — Un homme, âgé de 24 ans, sentit, en même temps que les symptômes constitutionnels faisaient leur apparition, une faiblesse dans le bras droit et dans la moitié droite de la figure. La paralysie du facial droit était complète. Après quelques mois, guérison au moyen de ventouses sur la nuque et de la cure au mercure. »

Griesinger (*Archiv der Heilkunde Jahrgang, 1 Heft, Leipzig, 1860*) donne la description d'un cas de méningite chronique « ex causâ syphilitica », qui survint chez un malade six mois après l'infection. Cette méningite avait produit une hémiplegie du côté gauche. Une grave maladie du poulmon fut aussi la conséquence de la syphilis.

III

Mon ami Maximilien Zeissl a bien voulu me traduire aussi les passages d'un travail de Heubner, qui se rattachent directement à la question que je traite.

Dans ce travail (1), Heubner, qui a fait de si belles recherches sur la syphilose des artères, donne une collection de syphiloses des centres nerveux, dans lesquelles les différents auteurs ont noté combien de temps après l'infection ont éclaté les symptômes nerveux :

« La plus grande quantité de ces cas, dit Heubner, sont le résultat de néoplasies syphilitiques; j'y compte aussi

(1) *Syphilis des Gehirnes und des Ubrigen Nervensystem's*, in *Ziemssen's specielle Pathologie und Therapie*, tome XI, première partie, p. 257 et 258.

ceux qui sont produits par les altérations syphilitiques des artères du cerveau, car ils doivent y être compris, ainsi que je l'ai prouvé dans un autre ouvrage.

« Sur 45 cas de tumeurs prétendues syphilitiques, formées dans les membranes du cerveau ou de la moelle épinière, ou dans les nerfs crâniens, le temps qui s'était écoulé entre l'accident primitif et l'affection nerveuse a été noté quinze fois.

« Cet intervalle dépasse presque toujours un an, et dans le plus grand nombre des cas, plus de trois ans. Deux fois les manifestations nerveuses sont survenues trente ans et plus après le début de l'infection ; mais justement, dans ces deux cas, on ne fait aucune mention des autres symptômes de la syphilis.

« Sur ces 15 cas, l'affection syphilitique des centres nerveux ne se produisit que deux fois pendant la première année ; on n'y mentionne point d'autre manifestation viscérale dans ces deux cas, ni aucune autre particularité.

« Dans 9 de ces 45 cas, on parle de symptômes cérébraux qui firent leur apparition au bout de plusieurs années.

« Dans 10 cas, l'autopsie fit constater des restes de syphilis invétérée dans différentes autres parties du corps, surtout dans le foie et les os, et aussi des gommes de la peau.

« Dans 24 cas de syphilis des artères du cerveau, en partie avec, en partie sans autres néoplasies, dans l'intérieur du crâne, le temps qui s'écoula entre le début de l'infection et la maladie cérébrale fut une fois de neuf mois, une fois de deux années, 15 fois de trois et d'un plus grand nombre d'années (jusqu'à 20 ans).

« Six fois, on parle d'une syphilis existant depuis longtemps ; et, une fois où l'indication du temps manquait, on trouva de vieilles cicatrices dans le foie.

« Dans 20 cas d'inflammation disséminée sur divers points du cerveau (parmi ces derniers cas, il y avait peut-être des cas de ramollissement consécutif à l'affection syphilitique des artères), l'intervalle entre le début de la syphilis et l'affection des centres nerveux a été noté 16 fois. Il a été de moins de un an, dans cinq cas; de dix-huit mois à peu près dans trois cas; dans les autres cas il était de plusieurs années. »

IV.

Wunderlich (*Sammlung klinischen Vorträge herausgegeben von Richard Volkmann*, n° 93), « Ueberluetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks », a publié trois cas de syphilose cérébrale, dont deux ont été précoces.

1^{er} cas. — Douze mois après le début de l'infection syphilitique, une jeune fille, âgée de 17 ans, fut prise de maux de tête, de vertiges, d'accès de crampes, puis d'amblyopie. Des frictions mercurielles diminuèrent les crampes; mais il survint une paralysie du nerf facial droit et de l'anesthésie du même côté par paralysie du trijumeau. En outre, faiblesse dans les bras et les jambes, diminution de la sensibilité cutanée, exanthème papuleux. On suspendit l'usage du mercure; amélioration par le traitement à l'iodure de potassium.

2^e cas. — Les accidents nerveux se manifestèrent deux ans après le début de l'infection syphilitique, qui avait été suivie d'un exanthème. Frictions mercurielles, iodure de potassium à l'intérieur. Amélioration.

3^e cas. — C'est quatre ans après le chancre que les symptômes cérébraux furent remarqués chez ce malade. Ils consistaient en paroxysmes quotidiens de manies. On lui

fit des injections sous-cutanées de sublimé, et on lui badigeonna la tête avec de l'iode. La salivation étant survenue, on cessa les injections mercurielles. L'état du malade fut amélioré par l'iodure de potassium.

V

Parmi les cas nombreux d'affections syphilitiques précoces des centres nerveux que je pourrais encore rapporter, je dois une place toute spéciale à celui qu'a bien voulu me communiquer mon savant collègue et ami M. le Dr Charles Drysdale, médecin de *Free metropolitan hospital* à Londres.

« Le nommé Patrick Woods, âgé de 26 ans, fut apporté en 1869 à l'hôpital, dans un état complet d'hémiplégie de tout le côté droit du corps. On lui fit prendre du mercure et de l'iodure de potassium. Il resta trois mois dans l'établissement, et en sortit sans grande amélioration. Ce qu'il avait de plus remarquable dans son fait, c'est que sa figure était couverte, ainsi que son abdomen et sa nuque, de taches de roséole syphilitique. Quand il fut en état de pouvoir écrire, le malade apprit à M. Drysdale qu'il avait eu un chancre infectant de la verge dix semaines avant d'entrer à l'hôpital.

Depuis 1869, le malade s'est présenté plusieurs fois à la consultation externe, et il est rentré à l'hôpital en mars et avril 1872. Malgré toutes les médications spécifiques, son état ne s'était pas amélioré autant qu'on aurait pu l'espérer. Il restait encore de la faiblesse dans le bras et la jambe du côté droit ; on essaya de la combattre par le galvanisme. La parole était revenue et le malade s'exprimait assez bien, mais il ne pouvait pas prononcer son nom, ni les lettres B. C. D. E. H. K. Q. U. W. X. Y. Z. Il prononçait suffisamment toutes les autres. »

Dans ce cas si net, l'attaque d'encéphalopathie est survenue dix mois après le chancre et en pleine roséole syphilitique. Il était donc difficile de méconnaître son origine. Le syndrome aphasie et hémiplegie droite existait seul et dégagé de toute autre manifestation cérébrale. La lésion siégeait évidemment dans la troisième frontale. C'était probablement un ramollissement consécutif à l'affection syphilitique de la sylvienne. Sa gravité était considérable puisque la guérison était incomplète au bout de trois ans.

Cette attaque d'encéphalopathie eût-elle été plus grave si, au lieu de se produire au dixième mois de la syphilis, elle n'avait eu lieu que beaucoup plus tard ? Non, assurément.

Toutes les déterminations sur l'encéphale sont loin, du reste, d'être aussi sévères que la plupart de celles que j'ai citées jusqu'ici. En voici un exemple :

M. X..., âgé d'une trentaine d'années, d'une bonne santé habituelle, mais d'un embonpoint énorme, vint me consulter dans les premiers jours d'avril 1873, pour une roséole érythémateuse, et quelques plaques muqueuses, consécutives à des chancres infectants sous-préputiaux, qui s'étaient déclarés le 12 janvier 1873, quarante jours juste après la contamination. Cette première poussée d'accidents fut assez bénigne ; elle était guérie en juin, et je fis suspendre le traitement spécifique. En août (septième mois de la syphilis), le malade se sentait très bien et n'éprouvait point de maux de tête, ni aucun trouble cérébral. Cependant, un matin, en voulant se lever, il sentit que tout le côté droit était paralysé, et que le bras et la jambe ne pouvaient plus fonctionner. La veille il avait été fortement mouillé, surtout du côté droit, qui avait été exposé aussi à un grand vent. Aucune altération de l'intelligence.

Le malade resta ainsi pendant un mois sans pouvoir ni

bouger ni écrire. Sa convalescence dura un mois. Depuis cette époque il conserva encore longtemps un peu de faiblesse dans le côté droit.

C'est en province que ces accidents lui arrivèrent ; je ne les ai pas constatés. Il me les a racontés et écrits. Quant je le revis en avril 1874, ils avaient à peu près complètement disparus, et il n'existait à ce moment aucune manifestation syphilitique.

Mais en 1876, des pustules d'ecthyma se produisirent sur les extrémités inférieures, ainsi que des tubercules sur la lèvre supérieure. Un traitement mixte en fit promptement justice. Je n'ai pas revu le malade depuis cette époque.

Était-ce réellement une encéphalopathie syphilitique dont il avait été atteint quelques mois après l'accident primitif. Je ne vois pas à quelle autre cause on pourrait rapporter l'hémiplégie droite. L'absence de tout prodrome jette cependant quelque obscurité sur le diagnostic. Les facultés intellectuelles ne furent pas atteintes, ce qui est extrêmement rare dans la syphilose cérébrale. Il n'y eut point d'aphasie. Quelle idée doit-on se faire de la lésion cérébrale ? Il m'est d'autant plus difficile de répondre à ces questions, que je n'ai pas observé le malade pendant la durée des accidents hémiplégiques. Je donne donc cette observation pour ce qu'elle vaut.

Sur les trois cas de syphilis constitutionnelle, compliquée de symptômes nerveux, relatés par M. Gailleton dans la *Gazette médicale de Lyon*, 16 octobre 1864, il y en a un dans lequel l'apparition de ces accidents fut précoce, puisque le sujet, âgé de 36 ans, n'était syphilitique que depuis six mois. Il n'avait eu qu'une seule poussée de symptômes constitutionnels (roséole, plaques opalines à la gorge), lorsqu'il fut pris de douleurs nocturnes profondes de la tête, de troubles de la vue, de titubation dans la

marche qui devint vacillante comme celle d'un homme ivre. Il avait subi un traitement mercuriel de trois mois et un traitement ioduré d'un mois.

VI

Le malade, dont j'ai longuement raconté l'histoire dans la première partie de ce mémoire (obs. VII page 87), ne s'est jamais relevé de sa syphilose cérébrale. Il offre un exemple frappant du danger que fait courir la détermination de la maladie constitutionnelle sur le névraxe, même aux périodes les plus rapprochées de l'accident primitif. M. X... a tout tenté pour se guérir; néanmoins, les fonctions cérébrales sont tombées peu à peu dans une décadence irrémédiable, et il présente aujourd'hui tous les symptômes d'un ramollissement progressif: demi-idiotie, difficulté de la parole, faiblesse musculaire générale et parésie de la moitié droite du corps, etc., etc. Il n'a pas eu pourtant de nouvelle attaque.

Mais la syphilis, après l'avoir si cruellement traité, ne l'a pas abandonné. En effet, au commencement de l'année 1878 (cinquième année révolue de la maladie) M. X... a été atteint d'une lésion balanique survenue spontanément, en dehors de toute cause traumatique ou infectante, et qui a consisté d'abord en une tumeur située vers le milieu de la couronne, puis en une ulcération qui lui a succédé. Il en était guéri depuis quatre mois, lorsqu'il vint me consulter le 26 mai, pour une lésion à peu près semblable.

Voici ce que je constatai: Dans le sillon balano-préputial, à gauche, eschare noirâtre, humide, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, reposant sur une base dure et entourée par une zone également dure et nettement circonscrite. On aurait dit un vrai chancre infectant, arrivé à la

période où la partie centrale tombe en déliquium gangréneux. Aucune odeur; peu d'inflammation et de douleur; suintement d'une sérosité sanieuse sur la muqueuse préputiale, érosion recouverte d'une pseudo-membrane. Aucune violence extérieure pour expliquer cette lésion. Pas de coït; le malade est depuis longtemps incapable de le pratiquer. Pas d'adénopathie ganglionnaire; aucune autre manifestation syphilitique.

Il s'agissait là évidemment d'une balanopathie gommeuse tardive.

J'ai complété cette observation par les détails qui précèdent pour montrer que la syphilis ne s'épuise point en envahissant un organe aussi important que le cerveau. Les pathologistes qui ne voient dans son processus qu'une succession régulière d'étapes de la périphérie vers les parties centrales, commettent une profonde erreur. On ne compte plus les faits qui donnent le démenti le plus formel à ces vues théoriques. Je l'ai dit souvent: la syphilis, dès son début, peut se porter sur tous les organes; mais, parce qu'elle aura envahi des viscères aussi importants que les centres nerveux, il ne faut pas croire qu'elle va se reposer. Si graves que soient ces lésions, elles n'éteignent point son activité; elles ne sont pas une digue pour son processus. J'ajoute que l'ordre, la succession des autres accidents qui lui sont propres n'en sont ni troublés ni intervertis. Les syphiloses cérébro-spinales précoces, si graves qu'elles soient, ne doivent donc être regardées que comme un des nombreux épisodes de la maladie constitutionnelle. En même temps qu'elles, et après elles, vous verrez des plaques muqueuses, des éruptions superficielles se produire à leur date, tout aussi bien que s'il n'y avait pas eu de détermination viscérale. La topographie des lésions est donc sans influence sur la marche générale du processus de la syphilis.

L'histoire de ce malade, qui est si instructive, à tous les points de vue, nous montre aussi combien l'on se tromperait sur le pronostic, si on le fondait sur les apparences de l'accident primitif. Chez lui, le chancre a été aussi bénin que possible, et pourtant qu'elles en ont été les suites ! Après cinq années de traitement, après une interminable encéphalopathie, voilà des tumeurs gommeuses qui envahissent les organes génitaux. Où s'arrêtera la syphilis ? Dans quels tissus, dans quels organes et par quelles lésions s'éteindra son activité diathésique ?

CONCLUSIONS.

Des faits et des recherches contenues dans ce travail, on peut déduire les propositions suivantes :

1° A une époque très rapprochée de l'accident primitif, la syphilis peut envahir les centres nerveux ;

2° Les syphiloses cérébro-spinales précoces sont celles qui se développent pendant la période virulente de la maladie, c'est-à-dire pendant les deux ou trois premières années ;

3° Il y a des degrés dans la précocité des syphiloses cérébro-spinales : le premier comprend celles qui surviennent dans les douze premiers mois ; le deuxième, celles qui se développent dans la deuxième et la troisième année de la maladie constitutionnelle. Les statistiques sembleraient prouver que celles du premier degré sont plus communes que celles du second ; mais ces résultats n'ont que peu d'importance ;

4° Parmi les déterminations viscérales précoces de la syphilis, les syphiloses cérébro-spinales sont incomparablement les plus nombreuses ;

5° Elles sont aussi les plus dangereuses. Leur gravité n'est point en raison directe de leur âge diathésique : celles qui surviennent dans les premiers mois de la syphilis sont aussi redoutables que celles qui appartiennent aux phases les plus reculées de la maladie ;

6° Toutes les formes, tous les degrés, toutes les combinaisons phénoménales qui constituent la symptomatologie et le processus des déterminations de la syphilis sur la névraxe, s'observent aussi bien dans les syphiloses cérébro-spinales précoces que dans les syphiloses cérébro-spinales tardives ;

7° Il y a pourtant quelques formules symptomatiques qui semblent prédominer. Les plus fréquentes sont celles qui consistent en une attaque d'hémiplégie comprenant tout un côté du corps ;

8° Parmi les attaques d'hémiplégie, celle qui est constituée par le syndrome aphasie et hémiplégie droite, l'emporte comme nombre sur toutes les autres ;

9° Les formes paralytiques sont beaucoup plus nombreuses que les formes convulsives ou épileptiques, dans les syphiloses cérébrales précoces ;

10° Dans les syphiloses cérébro-spinales, les troubles psychiques et l'incoordination du mouvement ne sont jamais systématisés comme dans la folie, la paralysie générale et l'ataxie locomotrice ;

11° L'absence de systématisation dans les syphiloses cérébro-spinales doit être regardée comme un de leurs principaux caractères. On ne doit faire une restriction que pour le syndrome aphasie et hémiplégie droite ;

12° Les déterminations précoces de la syphilis sur la moelle épinière sont beaucoup moins fréquentes que sur l'encéphale ;

13° Les suffusions hyperplasiques circonscrites ou diffuses, mais plutôt circonscrites de la couche corticale du

cerveau et de la pie-mère, l'altération syphilitique des artères sylviennes et les ramollissements ischémiques consécutifs, telles sont les lésions qui paraissent appartenir aux syphiloses cérébro-spinales précoces ;

14° Dans quelques cas de syphilose cérébrale précoce suivis de mort, on n'a trouvé aucune lésion ; mais on ne connaissait pas alors la syphilose artérielle. Il est à présumer que la mort a été la conséquence d'une anémie brusque qui a éteint tout à coup les foyers d'innervation indispensables à la vie ;

15° On ne peut faire que des conjectures très vagues sur l'étiologie des syphiloses cérébro-spinales précoces. Dans la plupart des cas, l'accident primitif a été très bénin, ainsi que les manifestations consécutives cutanées et muqueuses ;

16° Le processus général de la maladie constitutionnelle n'est pas modifié par l'apparition des accidents syphilitiques précoces des centres nerveux. Les autres manifestations se produisent avant, pendant ou après la détermination sur le névraxe, sans subir de sa part aucun changement dans leurs formes, leurs degrés, leur processus et leur topographie ;

17° La précocité des syphiloses cérébro-spinales ne fournit aucune indication particulière au point de vue du traitement. Quel que soit l'âge de la maladie constitutionnelle, les manifestations sur les centres nerveux réclament la même médication spécifique. Les circonstances propres à la détermination elle-même fournissent les indications secondaires relatives au choix, aux doses et aux combinaisons des deux agents spécifiques.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LEÇONS SUR LA SYPHILIS, faites à l'hôpital de Lourcine,
par V. CORNIL, professeur agrégé de la Faculté de
médecine, médecin de l'hôpital de Lourcine. — J.-B.
Baillière.

Avant de quitter l'hôpital de Lourcine, M. Cornil a eu la bonne inspiration de réunir en un volume les leçons remarquables, faites en 1878, à Lourcine ; on ne saurait trop en remercier notre éminent collègue, car son livre a pour but principal d'étudier un côté de la syphilis qui, jusqu'à présent a été peu exploré, c'est l'histologie des lésions syphilitiques.

Au lieu de ne donner que la description un peu aride des préparations microscopiques, M. Cornil a préféré mettre, en regard de l'anatomie précise et des faits d'évolution constatés au microscope, les symptômes et la marche des diverses manifestations pathologiques. On ne saurait trop féliciter M. Cornil du plan qu'il a suivi, car il a publié un livre qui se lit avec grand intérêt et avec grande facilité.

En France, l'histologie des premiers accidents syphilitiques a été peu étudiée ; en 1846, M. Robin a bien présenté à l'Académie des Sciences un mémoire dans lequel il expliquait l'induration chancreuse par la présence des noyaux et des corpuscules fibro-plastiques. M. Ricord admettait que l'induration tenait à de la lymphe plastique répandue dans les vaisseaux lymphatiques et dans le tissu

qui les entoure. M. Fournier, dans ses remarquables leçons sur la syphilis, a exposé dans une note quelques recherches microscopiques sur la syphilide papulo-hypertrophique. Tels sont à peu près les matériaux publiés en France, sur l'histologie des premières manifestations de la syphilis.

En Allemagne, les travaux ont été plus nombreux, et Kaposi, dans son grand atlas des maladies de la peau, a donné une description complète de l'anatomie microscopique des chancres et des syphilides, dont une partie se trouve dans l'ouvrage d'Hebra, qui vient d'être traduit par le savant rédacteur en chef de nos annales, M. Doyon.

L'ouvrage de M. Cornil est divisé en douze leçons; la première est un exposé sommaire de la nature de la syphilis, de la contagion et de l'incubation; deux leçons servent à étudier le chancre infectant et le chancre mou; les quatre leçons suivantes comprennent la classification des syphilides, l'histoire des plaques muqueuses, les syphilides cutanées précoces, les syphilides vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses, et enfin les gommés et les tubercules cutanés syphilitiques.

Ces six leçons sont peut-être les plus importantes, car, comme je l'ai dit, elles renferment la description de faits peu connus et elles ont un caractère tout à fait personnel. Les huitième, neuvième, dixième et onzième leçons exposent les lésions tertiaires des muqueuses et des muscles, la syphilis des os, la syphilis des centres nerveux et la syphilis viscérale que les travaux de Virchow, de M. Parrot, de M. Lancereaux et de M. Fournier nous avaient déjà fait connaître.

Enfin une dernière leçon donne un bon résumé du traitement de la syphilis.

Toute la partie clinique de l'ouvrage, qui sert à encadrer l'histologie, est excessivement résumée, c'est plutôt un

sommaire, mais un excellent sommaire, bien écrit, très exact, et qui donne les idées les plus justes et les plus nettes sur la marche et la symptomatologie de cette terrible affection.

Tout en déclarant bien nettement que l'anatomie pathologique est la base de la nosologie et de la médecine scientifique, M. Cornil a exposé le résultat de ses recherches sans vouloir en déduire une théorie de l'infection syphilitique, il s'est contenté de dire : « Voilà ce que l'on rencontre dans les lésions syphilitiques, » et il n'a pas cherché à y trouver quand même des caractères pathognomoniques de la syphilis. Les premiers histologiques avaient de suite voulu trouver sous le microscope l'explication de la spécificité, et ils avaient été bien près de porter un terrible coup à cette importante branche de recherche. Aussi n'est-on pas étonné de voir que M. de Baerensprung ne voulait pas considérer l'induration chancreuse comme une exsudation inflammatoire, ni la compter comme un néoplasme proprement dit et qu'il voulait en faire le résultat d'une cause spécifique; que M. Michellis et d'autres auteurs admettaient un néoplasme de tissu agglutinatif, entouré par une capsule de résorption.

Les recherches de Kaposi, que je citais plus haut, les belles préparations que je dois au talent de M. Longuet, avaient déjà montré que, dans toutes les lésions syphilitiques, il n'y a rien de spécifique, et que l'on retrouve là ce qui se passe dans toutes les infiltrations inflammatoires. M. Cornil, avec sa grande autorité, est venu confirmer cette opinion, et il a montré que le produit morphologique, ainsi que l'avait dit Virchow, n'a point de valeur absolue, et que toute son importance dépend de son développement et de sa métamorphose rétrograde.

Je me permettrai d'exprimer le regret de retrouver dans l'ouvrage de M. Cornil l'expression de chancre infectant.

Depuis que les expériences ont bien mis en évidence l'incubation de la syphilis, tous les syphiliographes ont accepté et professé que le chancre était la première manifestation de l'empoisonnement syphilitique, et que par conséquent, le chancre n'était nullement le point de départ de l'infection générale. M. Diday, dans un de ces derniers ouvrages où la science et l'esprit vivent en si bonne compagnie, a bien mis en évidence cette opinion, en rappelant le mot d'un pauvre confrère syphilitique : « En fait de chancre infectant, je n'en connais qu'un, c'est celui qui m'a donné la vérole. »

M. Cornil ne partage pas complètement cette opinion, et il paraît assez disposé à admettre « que la syphilis n'est pas d'emblée généralisée à toute l'économie avant toute manifestation apparente. » A l'appui de cette théorie, M. Cornil cite le mémoire de MM. Auspitz et Paul Unna dans lequel se trouvent réunis vingt-trois cas d'excision de chancres infectants, sur lesquels 14 n'avaient pas encore été suivis d'accidents constitutionnels après un temps d'observation longtemps prolongé. Malgré l'autorité des noms que je viens de citer, je me permettrai, jusqu'à nouvel ordre, de ne tenir aucun compte de ces résultats, car, si l'école allemande fait bien la distinction du chancre dur et du chancre simple, elle soutient qu'un chancre syphilitique peut très bien avoir pour point de départ un chancre simple (Hebra). Or, accepter actuellement semblable opinion me paraît impossible et me permet d'admettre que l'on a excisé certainement des chancres simples en voie de réparation et nullement des chancres syphilitiques.

Il m'est impossible d'entrer dans une analyse détaillée des différents chapitres de l'ouvrage de M. Cornil ; tout est à lire et tout est à retenir. On y trouvera l'explication d'un grand principe que l'on met difficilement en évidence par la recherche clinique seule ; c'est que toutes les lésions syphilitiques présentent le même processus et que c'est

une simple question d'envahissement plus ou moins considérable.

Je crois inutile de dire que les descriptions détaillées de M. Cornil sont accompagnées de fort belles planches dont le plus grand nombre ont été dessinées par l'auteur, et je termine cette courte analyse en disant que M. Cornil vient de combler une grande lacune, et qu'il sera impossible de s'occuper de syphilis sans connaître son ouvrage qui est destiné certainement à devenir livre classique. H.

REVUE DES JOURNAUX

HERPÈS NÉVRALGIQUE DES ORGANES GÉNITAUX, par le D^r L. LANDE. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 13 et 22 mars 1879.)

L'herpès, survenant sous l'influence des causes banales, peut apparaître sur le prépuce comme aux lèvres, au nez.

Il en est pourtant une variété qu'on peut observer sur le prépuce, et qui mérite dans le groupe des herpès, une distinction égale à celle dont jouit l'herpès zoster ou zona. C'est aussi un herpès névralgique, et M. Lande cite plusieurs cas qui justifient ce rapprochement.

M. le D^r Mauriac a, du reste, de son côté fait ressortir le caractère névralgique de l'herpès du prépuce. (Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux.)

M. Lande rapporte d'abord l'observation d'un homme de 33 ans, indemne de toute affection vénérienne et qui est atteint depuis 12 ans, d'herpès génital névralgique. Les poussées survenaient tous les trois ou quatre mois sans cause appréciable et guérissaient rapidement sans intervention bien active. Elles affectaient toujours le même siège au côté droit du prépuce. De plus, l'éruption était précédée pendant deux ou trois jours, d'une douleur modérée dans les branches du sciatique. Après avoir siégé pendant cinq ans à droite, la maladie (herpès et névralgie) se porta à gauche où elle persiste encore.

La deuxième observation se rapporte à une dame de

22 ans, mariée, sans enfants, non vénérienne. Elle est atteinte depuis quatre ans d'herpès génital névralgique. Ici, les phénomènes précurseurs douloureux revêtent deux formes : tantôt ce sont les signes d'une névralgie sciatique plus ou moins intense, tantôt ceux d'une ovarite ou, au moins, d'une douleur ovarienne.

L'éruption, d'ailleurs discrète et passagère, se montre sur la petite lèvre droite. En outre, il y a toujours une plaque d'herpès au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. La durée de la poussée est de cinq à six jours, l'intermission étant de deux ou trois mois.

Une troisième observation relate l'histoire d'un homme de 35 ans, sain et robuste, et qui eut sa première poussée à l'âge de 20 ans. Depuis, il en a tous les deux ou trois mois. Deux ou trois jours avant l'éruption, se manifestent des élancements douloureux dans le membre inférieur droit, avec sensation de brûlure et hyperesthésie cutanée.

Il arriva que la douleur sciatique, ayant manqué, fut remplacée par des douleurs testiculaires ou uréthrales, précédant de quelques jours l'apparition de l'herpès préputial, et disparaissant dès qu'il se montrait.

L'éruption peut occuper la verge, le prépuce ou le sillon balano-préputial.

Dans certains cas, elle affecte un siège différent qui démontre bien son caractère névralgique. En effet, elle se montre quelquefois au niveau de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, sous la forme d'un groupe de vésicules transparentes, large comme une pièce de un franc, et dont l'apparition est précédée d'un léger prurit.

Le siège de l'éruption est indépendant de l'une ou l'autre des formes présentées par les phénomènes douloureux au début.

L'herpès génital n'est donc pas toujours une affection

banale, due à de simples irritations locales, mais dans certains cas une maladie de nature plus complète, et en tous points assimilable au zona.

BLENNORRHAGIE DE L'UTÉRUS (métrite muqueuse blennorrhagique), par le D^r Ch. RÉMY, chef du laboratoire d'histologie à la Charité. (*Gazette médicale de Paris*, 4 janv., 1, 8 et 22 fév. 1879.)

Longtemps ignorée ou méconnue, la blennorrhagie de l'utérus est pourtant fréquente à Lourcine où le D^r Rémy l'a étudiée sous M. Lancereaux, en 1874.

On ne trouve que peu d'indications sur ce sujet dans les auteurs ; Cullerier représente un col utérin versant une goutte de pus. Mercier donne la première observation avec autopsie. Ricord, signalant quelques signes de cette maladie, en méconnut pourtant le siège, qu'il plaça dans l'ovaire ; or, on ne constate jamais d'ovarite dans les autopsies. Belhomme, Martin et Fournier adoptèrent sur ce sujet les idées de leur maître.

Hardy, Gallard, Rollet, Jullien ont contribué à mettre cette affection en lumière ; et pourtant, elle a bien de la peine à obtenir d'être portée sur les cadres nosologiques, puisqu'en 1878, Grunevald, de Saint-Petersbourg, ayant donné une description de la maladie, rencontra partout une vive opposition.

Pendant son passage à Lourcine, M. Rémy put recueillir de nombreuses observations, sur lesquelles il s'appuie pour reprendre le sujet, au triple point de vue des lésions, du diagnostic et du pronostic.

Causes. — La blennorrhagie utérine résulte le plus souvent du contact du pus blennorrhagique vaginal, avec la muqueuse utérine, mais elle peut aussi naître primitive-

ment, avant qu'aucune autre partie génitale ne soit atteinte. (Hardy, *Gaz. hop.*, 1836. — Rollet. *Dict. encycl.*, art. BLENNOR.)

Dans les cas où la blennorrhagie est secondaire, il est difficile de préciser son mode d'apparition : propagation d'inflammation ? par les lymphatiques ? inoculation directe ?

Cette affection est fréquente. D'après M. Rémy, la proportion, chez les femmes blennorrhagiques de Lourcine, est de 3 pour 5 environ.

Anatomie pathologique. — Elle est encore incomplète, vu la rareté des autopsies et l'absence totale d'examen micrographique.

L'altération siège sur toute la muqueuse et peut même gagner les trompes. On ne constate pas d'ovarite, contrairement à ce que pensait Ricord. Le tissu musculaire ne participe pas à l'inflammation. À l'œil nu, la muqueuse est vascularisée, tuméfiée, épaissie et dépolie ; sa sécrétion devient plus abondante, et mêlée de pus.

Plus tard elle se localise et peut donner lieu à des productions fongueuses qui dilatent le col. Il est peu probable que la blennorrhagie puisse amener le rétrécissement du canal utérin, mais, par contre, elle peut devenir un danger redoutable pour le péritoine lorsqu'elle se propage à la trompe (pelvipéritonite, péritonite généralisée).

Les lésions tardives des trompes sont du plus grand intérêt et consistent en dilatations, adhérences vicieuses, rétrécissements ou oblitérations, lésions fréquentes chez les vieilles courtisanes.

Signes. — Des symptômes généraux fébriles et une douleur plus ou moins vive marquent le début de l'affection. La douleur peut rester localisée à l'utérus ou s'irradier dans le petit bassin, les lombes et les cuisses. Cette douleur annonce à coup sûr la participation de la muqueuse uté-

rine à l'inflammation ; elle manque toujours dans la blennorrhagie vaginale pure.

Elle peut être assez vive pour rendre intolérable l'introduction du spéculum.

Après une durée d'un jour à une semaine, les signes généraux s'amendent, puis cessent, et l'on voit alors survenir des modifications de forme et de sécrétion, du côté de l'utérus : le col diminue de longueur et se dilate ; sa muqueuse apparaît alors rouge et tuméfiée, quelquefois, véritablement fongueuse, et ces fongosités, dans les cas anciens, peuvent persister sous forme de granulations rouges, ponctiformes, longtemps après que le reste de la muqueuse a repris son épithélium. Ailleurs, pendant la réparation, l'épithélium prolifère sous forme de plaques blanches, simulant des plaques muqueuses. Il est fréquent de voir des exulcérations superficielles sur les lèvres du col. Par son orifice, sort un liquide visqueux, gélatineux, très transparent qui peut être purulent dans les premiers jours, mais dont les caractères si spéciaux de viscosité et de limpidité réapparaissent dès que l'acuité du début s'est calmée.

Un dernier symptôme, c'est le trouble menstruel qui éclate dès que la blennorrhagie a gagné l'utérus. Sa valeur diagnostique est donc capitale. Ces troubles persistent tant que la muqueuse utérine est atteinte, même après que la blennorrhagie vaginale est guérie.

Le *Diagnostic* de l'affection se fera donc principalement par l'examen local et la constatation des troubles menstruels.

La viscosité et la transparence de l'écoulement blennorrhagique la distinguent de l'écoulement catarrhal, dû à l'anémie ou à la scrofule. On évitera de confondre les exulcérations du col avec un chancre cervical, et les douleurs utérines avec une métrite suite de couches ou de traumatisme.

Quant à la *durée* de l'affection, elle ne peut être évaluée *à priori* car si la maladie peut se terminer en quelques jours, elle peut aussi s'éterniser des mois et des années, avec des alternatives d'apaisement et de recrudescence.

Le *pronostic* doit donc toujours être réservé d'autant plus que les complications péritonéales sont toujours à craindre et peuvent emporter la malade. Ajoutons que la maladie peut se communiquer par les rapports sexuels.

Le *traitement*, des plus simples, consistera à porter à l'aide d'un pinceau, dans le col, voir même dans le corps, du perchlorure de fer ou de la teinture d'iode.

ANÉVRISME ABDOMINAL CHEZ UN SYPHILITIQUE. (*Société médicale des hôpitaux*, séance du 28 février.)

M. Vallin présente les pièces anatomiques provenant d'un malade qui a succombé à la rupture d'un anévrisme abdominal. Le malade, vétérinaire, avait séjourné fort longtemps en Cochinchine et y avait contracté la syphilis à une époque qui remontait à quinze ans.

La syphilis s'était caractérisée à la période secondaire, par des syphilides pustulo-crustacées des téguments, des syphilides des muqueuses, et du psoriasis palmaire. Un traitement énergique eut raison de ces manifestations, mais, cinq à six ans plus tard, il y eut une nouvelle poussée de syphilides.

Le malade quitta la Cochinchine dans un état anémique et même cachectique, très prononcé, et entra dans le service de M. Vallin, au Val-de-Grâce.

On constate à l'entrée une gomme de la jambe et une volumineuse exostose de l'espace interosseux de la même jambe; le malade est dyspeptique et anémique au plus haut point; il se plaint de douleurs lombaires à caractère

névralgique, et de palpitations. Il n'y a jamais œdème ou albuminurie. A l'auscultation du cœur, on entend un souffle aménique. M. Vallin mit tout d'abord sur le compte de la syphilis l'état cachectique du malade, et ordonna le traitement mixte qui, en peu de temps, amena une diminution du volume de la gomme, mais, par contre, resta absolument sans effet sur les douleurs lombaires dont le malade se plaignait chaque jour davantage.

M. Vallin, recherchant la cause possible de ces douleurs, perçut par la palpation de l'abdomen, des battements dans l'hypochondre gauche, en un point où l'auscultation révéla un souffle très net. Il s'agissait donc bien manifestement d'un anévrisme abdominal. A quelque temps de là, le malade, ayant quitté le Val-de-Grâce pour l'hôpital militaire de Clermont-Ferrand, mourut subitement en s'asseyant un soir sur son lit. A l'autopsie on trouva une grande masse de sang dans le péritoine. L'aorte était le siège de 4 dilatations anévrismales, dont la dernière, celle qui s'était rompue, était placée entre le duodénum et la tête du pancréas.

Au sujet de ce cas remarquable, M. Vallin se demande si l'on est en droit d'admettre une relation entre la syphilis et les anévrismes.

L'artérite syphilitique, souvent suivie de dilatation anévrismale, est assez bien connue aujourd'hui; les médecins anglais, en particulier, font jouer à la syphilis un rôle aussi important qu'à l'alcoolisme, dans l'étiologie des anévrismes si fréquents en Angleterre. L'un d'eux cite même une statistique de 22 cas d'athérome, sur lesquels il y en avait 17 dont l'origine syphilitique pouvait être nettement établie.

M. Vallin tend à admettre que ces anévrismes rentrent dans la classe des lésions syphilitiques des artères, bien que le traitement spécifique soit resté sans effet, et que de

plus l'examen histologique n'ait révélé aucun élément spécifique.

M. Fournier regarde l'observation de M. Vallin comme d'autant plus intéressante qu'elle appelle de nouveau l'attention sur une question capitale, celle des relations des anévrismes et de la syphilis. On sait actuellement que la syphilis peut déterminer la prolifération des éléments cellulaires des artères, amenant à la longue, une sclérose des tuniques qui, par cela même, sont très sujettes à se laisser dilater passivement sous l'effort de l'ondée sanguine. Un médecin anglais a cité un cas d'anévrisme abdominal chez une jeune prostituée syphilitique.

MM. Lancereaux et Blachez ont publié des cas d'anévrismes produits par la syphilis du cerveau.

M. Fournier, de son côté, a publié deux cas d'anévrismes de la sylvienne dus à la syphilis cérébrale.

M. Fournier, pourtant, est plus réservé que les Anglais qui admettent que la moitié des anévrismes est d'origine syphilitique.

Il a peine à admettre l'authenticité de certaines guérisons obtenues par le traitement spécifique; car il est bien évident que dans les cas d'anévrismes syphilitiques, les lésions scléreuses des artères ne sauraient rétrograder devant le traitement anti-syphilitique. Ici donc, on ne saurait recourir au critérium du traitement, pour affirmer ou nier la nature syphilitique d'un anévrisme.

M. Vallin fait remarquer qu'on ne saurait ici invoquer l'inefficacité du traitement, attendu que la gomme et l'exostose n'avaient un peu diminué que sous l'influence d'un traitement très rigoureusement suivi.

M. Cornil croit à l'existence d'anévrismes syphilitiques et admet aussi qu'ils doivent échapper à l'influence du traitement spécifique.

M. *Hillairet* rappelle que depuis longtemps déjà on connaît des lésions syphilitiques de l'endocarde.

ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE SURVENANT 10 ANS. APRÈS L'INFECTION. — GUÉRISON. — Par M. le D^r PUY LE BLANC, médecin aux eaux de Royat.

Communication à la Société de médecine pratique.

Un homme de 35 ans ayant eu, 10 ans auparavant, un chancre infectant, suivi bientôt des différentes manifestations de la période secondaire, est pris, en mai 1873, d'une céphalée vive, persistante, réfractaire à la quinine. Deux mois après surviennent des vomissements incoercibles et un affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire.

Au mois de novembre de la même année, le malade fut pris d'une attaque d'épilepsie ne différant en rien de l'attaque franche, idiopathique. Sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique (frictions mercureilles, iodure de potassium à hautes doses), on vit disparaître la céphalalgie et la torpeur intellectuelle. Plus d'attaques d'épilepsie. Quelques aura avortés se manifestèrent seulement pendant les quinze premiers jours qui suivirent le début du traitement.

En 1876, la guérison est complète ; le malade, marié depuis deux ans, a un enfant d'une bonne santé.

L'auteur résume ainsi ses conclusions :

1° L'épilepsie peut survenir chez des adultes qui n'ont jamais eu d'attaques dans leur jeunesse.

2° Elle est toujours symptomatique ; ses symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'épilepsie idiopathique.

3° 9 fois sur 10 (Fournier), elle est symptomatique de la syphilis.

4° Elle est curable.

Il s'en faut, pourtant, que la syphilis ait une sorte de prédilection exclusive pour les formes franches de l'épilepsie : dans bon nombre de cas, au contraire, elle se manifeste par des accidents qui simulent les formes larvées de l'épilepsie, auxquels peuvent s'ajouter des troubles de la motilité et de la sensibilité qui reproduisent l'ensemble symptomatique si varié des tumeurs cérébrales.

Une thèse récente du Dr J. Viard (*Épilepsie d'origine syphilitique*, Paris, 1878) nous fournit plusieurs exemples de cette catégorie.

Nous résumons ici une observation très détaillée que M. Fournier a prêtée à l'auteur de notre thèse :

Il s'agit d'un homme qui eut en 1871 des plaques dans la gorge.

A partir de 1877, il devint faible, énervé, sujet à des vertiges. Il se plaint de céphalée, de crampes douloureuses dans le mollet gauche, rendant le sommeil impossible. Un soir, en se couchant, il est pris de légères convulsions du bras gauche. La céphalée devient plus vive que jamais, et toujours localisée à la région fronto-pariétale gauche. Un matin, le malade est pris subitement d'une crampe qui, du mollet gauche, se propage à la cuisse et est bientôt suivie d'un engourdissement de tout le côté correspondant.

Ces phénomènes cessent au bout de quelques minutes pour faire place à une grande faiblesse. A quelques jours de là, le malade fut pris d'une parésie subite de tout le membre gauche, qui précéda de quelques instants une attaque bien caractérisée : contractions cloniques de tout le côté gauche, y compris la face et l'œil ; salive sanguinolente, respiration et battements du cœur précipités. Puis le malade tomba dans le coma. A son réveil, on constata une hémiplegie gauche très accentuée. Une deuxième attaque sur-

vint quinze jours après, mais, cette fois, sans perte de connaissance.

A la suite de cette crise, l'hémiplégie s'accentua encore davantage.

Quatre jours après 3^e attaque caractérisée par une phase très courte de tremblements cloniques du côté gauche, sans coma.

Le mois suivant, 4^e attaque, avec coma profond.

A quelques jours de là, le malade entre dans le service de M. le Dr Fournier qui constate une hémiplégie gauche très prononcée, une céphalée persistante, une torpeur intellectuelle profonde, et de temps en temps des crampes dans la jambe gauche.

Après deux mois et demi de séjour à l'hôpital pendant lesquels le traitement par l'iodure de potassium est rigoureusement suivi, le malade sort guéri de tous ses accidents.

HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE. Leçon de M. le Dr FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis. (*Gazette des hôpitaux*, 18 février.)

Sans être commune, l'hémiplégie syphilitique n'est pas absolument rare. Manifestation ordinairement tardive, on la voit survenir de la 3^e à la 18^e année. Comme tous les accidents tertiaires, elle peut être précoce dans son apparition ou bien anormalement retardée. Les cas extrêmes qui ont été notés sont 4 mois et 30 ans.

Les lésions sont de causes directes ou indirectes. Dans le premier cas, ce sont des productions gommeuses, circonscrites ou infiltrées, lésant un centre ou un tractus moteur. Les lésions de causes indirectes sont identiques à celles de la thrombose ou de l'embolie cérébrale; elle n'ont rien de spécifique et, par cela même, sont incurables; leur point

de départ est une gomme du cou comprimant la carotide, une infiltration gommeuse des vaisseaux du cou, une exostose vertébrale ou de la clavicule, comprimant les artères, etc. Au point de vue symptomatique, notons la rareté de l'ictus apoplectique; le plus souvent, l'invasion est graduelle et précédée de prodromes tels que céphalées très intenses, à exacerbations nocturnes et réfractaires aux narcotiques, troubles d'ordre congestif, perte de la mémoire, engourdissement passager de la motilité, fourmillements, perturbations sensoriales.

Ces prodromes, et notamment la céphalée, peuvent précéder l'hémiplégie de quelques jours ou de une à plusieurs années.

Une fois confirmée l'hémiplégie présente quelques caractères spéciaux : elle est le plus souvent incomplète et n'intéresse que rarement la sensibilité. L'aphasie est fréquente lorsque l'hémiplégie siège à droite.

Même fréquence pour les paralysies oculaires surtout de la 3^e paire.

Ces paralysies locales ont une grande valeur diagnostique car, sur 100 cas d'hémiplégie syphilitique, elles manquent à peine 10 fois. Enfin il est assez fréquent de trouver à l'inspection des malades des manifestations diathésiques qui confirment le diagnostic, telles que des gommes, des exostoses, cicatrices, etc. L'âge est aussi à considérer : sur 53 cas, 45 sont survenus avant 40 ans.

Le traitement est dans les cas douteux le critérium par excellence.

AMÉLIORATION D'UNE TAIE ANCIENNE DE LA CORNÉE SOUS
L'INFLUENCE D'UNE OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.

Communication à la Société clinique, par M. CHEVALLEREAU,
interne des hôpitaux.

Cette observation que nous résumons brièvement, se rapporte à un homme atteint d'une blennorrhagie aiguë, et qui depuis sa jeunesse portait une large taie sur la cornée droite, survenue à la suite d'accidents strumeux des paupières. De temps en temps il avait encore des poussées de blépharites subaiguës qu'il traitait, en vertu d'un singulier préjugé vulgaire, par des lavages avec son urine. Étant sous le coup d'une poussée de blépharite, il usa encore de son procédé, mais cette fois il ne réussit qu'à développer une ophtalmie purulente, blennorrhagique, très intense.

Un traitement énergique eut raison de ces accidents à la suite desquels il se trouva, que le malade voyait beaucoup mieux qu'auparavant et que les dimensions, ainsi que l'opacité de sa taie, avaient très notablement diminué.

A la suite de son observation, l'auteur rappelle un cas où M. Panas fit disparaître presque complètement un pannus sarcomateux de la cornée en inoculant sur l'œil malade du pus blennorrhagique.

Malheureusement cette médication héroïque peut amener des désordres pires que le mal qu'on a voulu combattre, et la fonte purulente du globe oculaire peut en être la conséquence.

MAL DE POTT SYPHILITIQUE.

Leçon clinique de M. le professeur VERNEUIL, publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 février.

M. Verneuil présente à sa clinique un petit enfant atteint vraisemblablement de mal de Pott syphilitique ; les antécédents diathésiques sont peu nets ; on note seulement sur les membres inférieurs des cicatrices blanches, naquées, gaufrées, profondes, provenant sans doute de syphilides ulcéreuses. Il est probable que les accidents primitifs ont passé inaperçus, ou bien sont dissimulés par les parents.

Il existe une gibbosité à la partie inférieure de la colonne dorsale.

M. Verneuil, insistant sur les difficultés du diagnostic et la rareté des cas observés, rappelle un autre malade soigné dans son service pour une maladie de Pott syphilitique.

Dans ce dernier cas l'origine syphilitique de l'altération vertébrale fut soupçonnée grâce à l'examen attentif des fistules, qui n'avaient pas l'aspect strumeux, mais présentaient un bord violacé avec des croûtes à caractère tout spécial. La guérison sous l'influence du traitement spécifique confirma le diagnostic.

M. Verneuil présente à cette occasion, une pièce anatomique prêtée par M. Fournier, et où l'on constate une infiltration gommeuse de plusieurs lames vertébrales. En somme, le diagnostic de ces cas est toujours incertain : quelques particularités du côté des cicatrices anciennes ou récentes des bords des fistules, de l'état du système ganglionnaire du sujet, appellent l'attention sur la possibilité d'une diathèse syphilitique héréditaire ou acquise et posent l'indication du traitement spécifique.

TRAITEMENT MÉCANIQUE DES MALADIES DE LA PEAU,
par le professeur H. AUSPITZ, de Vienne.

(Suite.)

S'il y a une infiltration plus prononcée de la base et c'est là, comme on le sait, ce qui rend la guérison difficile dans beaucoup de cas, je racle ces points fortement, et la curette détermine un grincement semblable à celui qui se produit dans le raclage des verrues. On recommence ainsi plusieurs fois par semaine: dans l'intervalle on se borne à recouvrir les parties malades avec de l'onguent. Je crois pouvoir dire que tous les cas de durée et d'intensité diverses traités jusqu'ici par cette méthode (11, cette année à la polyclinique) ont été guéris.

Enfin en ce qui concerne l'acné rosée, je commence par dire que je la considère comme une affection différente de l'acné disseminata, en d'autres termes comme une lésion qui ne dépend pas directement des follicules glandulaires. La localisation fréquente de la maladie vasculaire dans le voisinage des glandes, ce que je ne veux nullement contester, s'explique tout naturellement par ce fait que les glandes, comme Tomsa (*Arch.* 1873, p. 4) l'a prouvé, possèdent un rayon vasculaire propre, un réseau spécial provenant des rameaux principaux. Si maintenant la lésion vasculaire envahit particulièrement, ou en même temps que d'autres maladies, cette partie vascularisée, il en résulte que les glandes deviennent à leur tour malades et que à l'hypertrophie des vaisseaux il se joint aussi une véritable acné.

D'autrefois c'est le contraire que l'on observe. A l'occlusion anormale des conduits excréteurs des glandes (comédons) et à l'inflammation des follicules et du tissu conjonctif environnant (acné), peuvent se joindre la stase chronique du sang et la dilatation des vaisseaux; acné rosée.

Les comédons et l'acné peuvent disparaître, et la dilatation des vaisseaux devenir chronique. Mais en outre il y a des variétés d'acné rosée dans lesquelles l'affection se manifeste et persiste sous forme d'une légère rougeur (par ex. rougeur du nez chez certaines jeunes filles, certains nez de buveurs). Ces rougeurs ne correspondent pas, comme on le croit communément, à une hyperémie superficielle mais au contraire à une congestion ayant son siège au-dessous des glandes sébacées et c'est à cette circonstance qu'est due leur coloration rouge diffuse.

Dans les cas où consécutivement à d'autres affections, par exemple de la variole, il se fait une stase sanguine dans les glandes seules ou dans leurs pelotons vasculaires, on voit survenir une éruption abondante de comédons et d'acnés et dans quelques cas aussi de l'acné rosée. C'est seulement dans ce dernier cas, c'est-à-dire lorsque la stase vasculaire joue le principal rôle, et non lorsqu'il existe simplement des comédons et de l'acné, qu'il se développe, quelquefois après la variole, du lupus erythémateux comme je l'ai observé à l'hôpital des varioleux de Vienne, à la fin de la grande épidémie de 1872 à 1873.

Dans l'acné rosée j'emploie en première ligne la scarification punctiforme ou plus exactement j'incise les vaisseaux hypertrophiés dans le sens de leur longueur et transversalement avec une grosse aiguille à cataracte, je passe ensuite un pinceau imbibé d'une solution de perchlorure de fer, à parties égales.

Les petits vaisseaux deviennent moins distincts et disparaissent complètement dans beaucoup de cas après plusieurs scarifications et plusieurs badigeonnages: il faut avoir bien soin de faire cette opération de manière à ce que les sections se croisent perpendiculairement. S'il existe en même temps des nodosités d'acné simple et des comédons, on les traite par la méthode indiquée ci-dessus, par les scarifications et

le raclage. Plusieurs fois par semaine on scarifie l'aréole rouge diffuse de l'acné rosée. Il m'a toujours été possible de faire disparaître par le raclage des proliférations hypertrophiques en forme de nodosités rouges œdémateuses, à surface inégale et papillaire, parfois recouvertes de squames, pourvu qu'elles n'occupassent pas une trop grande étendue ; dans ces cas l'hémorragie était toujours très forte.

Dans l'intervalle des opérations, je me sers habituellement de l'emplâtre hydrargyrique, parfois aussi du soufre d'après la formule suivante : Styrax liquide 10 grammes, fleurs de soufre et glycérine, de chaque 5 grammes, onguent simple 50 grammes.

Lupus érythémateux.

Relativement au raclage du lupus érythémateux, Hebra junior se borne à remarquer que, dans cette affection, il est souvent nécessaire de le faire plus profondément que dans le lupus vulgaire et l'épithélioma ; Th. Veiel a au contraire recommandé instamment la scarification dans le lupus érythémateux, mais, en raison de la lenteur des résultats, il y joint la cautérisation. Veiel se sert pour cela du chlorure de zinc qui attaque très difficilement l'épiderme. Il fait usage d'une solution alcoolique à parties égales, dont l'application produit une couche blanche jaunâtre, semblable à du vernis. Elle donne lieu à des douleurs qui persistent durant plusieurs heures, à de l'inflammation et à de l'œdème ; la croûte se détache ensuite 8 ou 10 jours après, sous l'action des cataplasmes. Souvent 4 ou 6 scarifications sont nécessaires sans qu'il en résulte une cicatrice persistante.

Avant d'exposer mes opinions sur le traitement du lupus érythémateux, je dirai quelques mots de la pathologie de cette affection.

Le lupus érythémateux est caractérisé par une infiltration cellulaire qui se produit toujours en groupe, dont le point de départ se trouve dans les plus petits vaisseaux. Il débute en général sur la peau par une petite tache rouge recouverte d'une légère squame et dont les dimensions varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une lentille : plus tard cette tache présente une dépression centrale sur laquelle l'épiderme devient mince et brillant. Dans cette dépression on remarque souvent, mais pas toujours, l'orifice dilaté d'un follicule, un comédon, un bouton d'acné. (A suivre.)

NÉCROLOGIE.

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Guérard, ancien interne des hôpitaux de Paris. Léon Guérard, après avoir fait de bonnes études au collège Charlemagne, avait embrassé la carrière médicale et était devenu un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris. Élève de l'hôpital Saint-Louis, il suivit longtemps les cours de M. Bazin, dont il devint bientôt le collaborateur et l'ami. Nous n'avons pas à rappeler ici que nous devons à sa plume élégante la rédaction d'un des plus importants ouvrages de cet illustre dermatologiste. Il a publié de plus divers travaux estimés sur les affections cutanées.

Forcé par son état de santé de renoncer aux luttes fatigantes des concours, Guérard se résigna au rôle modeste de praticien, qu'il exerça toujours avec dévouement et succès.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (55, 5-79)

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE



I

DU XANTHÉLASMA ET DE LA DIATHÈSE XANTHÉ-
LASMIQUE, par Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux,
répétiteur à l'École des hautes-études (1). (Suite.)

*Anatomie pathologique. — Localisations. — Caractères
macroscopiques. — Autopsies.*

Localisations du xanthélasma. — Nous n'insisterons pas ici sur les diverses localisations de l'éruption xanthélasmique. Leur étude trouvera mieux sa place lorsque nous exposerons les symptômes locaux de l'affection qui nous occupe ; nous nous bornerons à rappeler que les taches, les plaques et les tubercules ont été rencontrés avec des degrés de fréquence divers sur beaucoup de points des surfaces cutanées, séreuses et muqueuses de l'économie. Nous étudierons dans ce chapitre de notre travail les caractères macroscopiques et histologiques des différentes formes de xanthélasma et les altérations hépatiques qui leur sont souvent associées. Nous mettrons dans ce but,

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1879, n° 1.

à contribution les recherches des auteurs qui se sont occupé avant nous de cette question, nous exposerons nos recherches personnelles et nous relaterons l'autopsie du nommé Sonnet qui fait l'objet de notre deuxième observation, et qui a succombé depuis la publication de la première partie de notre travail.

Caractères macroscopiques de l'éruption xanthélas-mique.

A. Forme plane : Taches et plaques. — Les caractères des taches et les plaques xanthélasmiqes ont été bien indiqués par *Kaposi* et nous n'avons rien à ajouter à la description donnée par ce dermatologiste. La surface de section d'une plaque de xanthélasma offre une teinte rouge, parsemée de taches jaunâtres. La pression en fait sourdre un liquide sanguinolent sans faire disparaître les points jaunes dont nous aurons à parler.

L'examen de la surface des coupes obtenues à l'état frais permet déjà de supposer que la lésion principale consiste dans cette forme, en une surcharge graisseuse du tissu conjonctif et que cette surcharge s'effectue de préférence dans les couches les plus superficielles de la membrane cutanée, séreuse ou muqueuse qui en est le siège. Ce sont là des faits que l'examen microscopique nous permettra, d'ailleurs, de mieux mettre en lumière.

B. Forme tuberculeuse et tubéreuse. — La consistance et l'aspect des tubercules xanthélasmiqes font également pressentir leur structure en grande partie fibreuse. Ils siègent dans l'épaisseur du derme avec lequel ils se confondent intimement par leur circonférence et affectent généralement une forme lenticulaire. A leur niveau, l'épiderme est aminci.

Autopsies. — Les autopsies de sujets atteints de xanthélasma sont assez rares et laisseraient à désirer pour la plupart sous le rapport de la précision dans la description des

lésions qu'elles ont permis de constater; nous nous bornerons à citer ici celles qui ont été publiées par *Hilton Fagge*, *Pye Smith*, *Wickam Legg*, *Moxon* et *Murchison* et sur lesquelles nous aurons à revenir dans le chapitre où nous parlerons des relations pathologiques du xanthélasma.

Depuis la publication de la première partie de notre travail, nous avons été assez heureux pour faire avec notre ami M. Brault, interne des hôpitaux, l'autopsie du nommé Sonnet, sujet de notre seconde observation. Cet homme après avoir quitté le service de M. Hillairet et avoir séjourné pendant quelques semaines dans celui de M. Dujardin Baumetz à l'hôpital Saint-Antoine, est revenu à l'hôpital Saint-Louis où il n'a pas tardé à succomber. Nous allons relater avec quelques détails les résultats de son autopsie qui a été faite le 10 février dernier, 36 heures après la mort (1).

Appendice à l'observation II. Autopsie. — Kystes hydatiques du poumon droit et du foie. — Tuberculose péritonéale. — Xanthélasma laryngo-trachéo-bronchique.

Aspect extérieur du cadavre. — La rigidité cadavérique est assez prononcée; le corps ne présente pas de traces de putréfaction.

Les taches palpébrales sont beaucoup plus faciles à délimiter que du vivant du malade; elles apparaissent très nettement quant à la décoloration des téguments et nous

(1) La relation de cette autopsie et de l'examen microscopique des plaques jaunes que ce malade présentait sur le prépuce et sur toute l'étendue de la muqueuse des voies urinaires feront l'objet d'une note additionnelle à notre travail sur l'anatomie pathologique du xanthélasma. (*Arch. de Physiol.* 1879.)

Cette note sera accompagnée d'un dessin du larynx et de la trachée.

pouvons aujourd'hui en donner une description plus courte et plus complète.

Contrairement au cas le plus habituel, elles sont plus marquées et plus étendues à droite qu'à gauche.

A droite il existe une tache allongée d'une largeur de près d'un centimètre qui contourne le rebord orbitaire, s'élargit en dedans au point d'occuper l'espace compris entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil et se prolonge sur la moitié interne de la paupière intérieure sans atteindre tout à fait son bord libre. En dehors, elle occupe l'espace compris entre l'apophyse orbitaire externe et l'angle externe de l'œil et se termine en s'effilant dans le tissu qui sépare les téguments de la paupière inférieure de ceux de la joue. Une seconde tache sépare la moitié inférieure de la paupière supérieure et se confond par ses extrémités avec les portions nasale et temporale de la production, de telle sorte qu'au niveau de la partie moyenne elle en est séparée par une bande de peau saine qui occupe la partie supérieure du voile palpébral.

Les taches présentent à gauche une disposition absolument symétrique, mais la partie orbitaire au lieu de contourner la partie externe de l'orbite et de se réfléchir sur sa portion inférieure, se termine en s'effilant avant d'avoir atteint les téguments qui recouvrent l'apophyse orbitaire du frontal.

Cavité crânienne. — L'encéphale et ses membranes sont absolument sains.

Les vaisseaux ne sont pas athéromateux.

Cavité thoracique.

1° *Poumon droit.* — Le poumon droit est adhérent aux parois thoraciques et est assez fortement congestionné. On trouve au sommet un noyau induré, parsemé de granulations tuberculeuses.

2° *Poumon gauche.* — Les adhérences pleurales sont

plus prononcées à gauche qu'à droite surtout au niveau du lobe supérieur. La plèvre est le siège d'un épanchement de sérosité citrine assez abondant qui refoule le poumon contre la colonne vertébrale.

La partie postérieure et supérieure du lobe supérieur est creusée d'une vaste poche qui renferme un kyste hydatique uniloculaire du volume d'une tête de fœtus de 7 à 8 mois. L'incision de cette poche donne issue à un liquide parfaitement transparent dans lequel nagent les échinocoques.

Les parois de la poche sont très minces en arrière. Elles sont formées d'une coque de tissu conjonctif kératoïde doublée d'une très mince couche de tissu pulmonaire condensé : cette coque appartient à la plèvre viscérale considérablement épaissie. Dans les autres régions les parois de la poche kystique sont constituées sur le parenchyme pulmonaire refoulé et converti en certains points d'exsudats caséux.

Le sommet présente un noyau induré, volumineux ovoïde, de péricbronchite tuberculeuse; il en existe un semblable et plus volumineux encore vers la partie inférieure de son bord intérieur.

Le lobe inférieur du poumon gauche offre également vers la partie supérieure de son bord inférieur quelques nodules de péricbronchite tuberculeuse, le reste de ce lobe est par places congestionné, ailleurs emphysémateux.

3° *Voies aériennes.*— *Larynx, trachée, bronches, xanthélasma laryngo-trachéo-bronchique.* La portion de la muqueuse laryngée comprise entre les cordes vocales inférieures et le premier anneau de la trachée, présente deux groupes de plaques arrondies ou ovalaires légèrement brillantes, d'une coloration blanche légèrement jaunâtre, d'une consistance molle qui ne ressemble à aucune autre altération

de cette muqueuse et dont la nature xanthélasmique ne saurait être douteuse. Ces groupes sont symétriques, mais leur étendue est plus grande et les plaques qui les constituent sont plus nombreuses à droite qu'à gauche.

On trouve également entre les deux apophyses arythénoïdiennes internes une petite tache blanc jaunâtre arrondie autour de laquelle la muqueuse laryngée offre une pâleur et une teinte jaunâtre remarquable.

Les ventricules de Margagni sont sains, les cordes vocales inférieures sont, surtout au voisinage de leur insertion arythénoïdienne, légèrement jaunâtres.

La muqueuse de ces trachées des premières divisions bronchiques présente un aspect remarquable et des altérations xanthélasmiques qui affectent une disposition différente au niveau des régions cartilagineuses et au niveau des régions fibreuses.

En avant et latéralement, c'est-à-dire dans toutes les parties de la muqueuse qui recouvrent les cerceaux cartilagineux, il existe des traînées parallèles entre elles et perpendiculaires à l'axe du conduit aérien, formées de plaques allongées et de granulations arrondies, assez fortement teintées en jaune, légèrement brillantes et se suivant à la manière des grains d'un chapelet. Ces traînées partent des deux côtés de la région membraneuse ou œsophagienne du canal trachéal et s'étendent plus ou moins loin sur ses parties latérales en en contournant la surface interne, mais sans pouvoir en embrasser entièrement la circonférence. Elles offrent de chaque côté une disposition symétrique sans que l'on puisse dire de quel côté elles sont le plus étendues.

En arrière, sur la portion de la muqueuse qui revêt la portion membraneuse et œsophagienne de la trachée, la direction des traînées xanthélasmiques est au contraire, longitudinale, elles suivent la direction des faisceaux élas-

tiques longitudinaux dont le relief est, chez ce sujet, bien accusé. De chaque côté, ces trainées se confondent avec les trainées transversales que nous avons décrites plus haut sur la muqueuse de la portion cartilagineuse.

Dans les divisions bronchiques d'un ordre plus élevé, jusqu'à celles de quatrième ou cinquième ordre, les trainées transversales deviennent de moins en moins accusées tandis que les trainées longitudinales sont toujours très nettement visibles mais seulement fréquemment interrompues.

Sur toute l'étendue des voies aériennes qui a été soumise à notre examen, la surface des plaques xanthélasmiques est parsemée d'un pointillé rouge très fort qu'un examen attentif montre constitué par des orifices glandulaires circulaires ou taillés en bec de flûte dont la circonférence présente une injection vasculaire assez considérable.

4° *Cœur et aorte*. — Le cœur est petit et entièrement sain. L'aorte présente seulement, près de son origine, quelques plaques athéromateuses peu étendues.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe un flot de liquide ascitique citrin dont la quantité peut être évaluée à 2 ou 3 litres. Toute la surface du péritoine est couverte de granulations tuberculeuses, notamment le mésentère et la portion mésentérique du canal intestinal sur toute sa longueur. (Tuberculose péritonéale.)

La rate, le poumon et les reins sont entièrement sains.

Le foie présente des adhérences intimes avec le diaphragme et en beaucoup de points sa capsule est épaissie. (périhépatite chronique). Il est creusé d'une vaste poche sphérique de la grosseur d'une tête d'enfant qui s'est surtout développée aux dépens du lobe droit de l'organe et qui n'est séparée en avant et en arrière, de la cavité péritonéale que par sa capsule épaissie; et une très mince couche de tissu hépatique condensé qui a même en

certain points entièrement disparu. Cette vaste cavité kystique est revêtue intérieurement, d'une mince couche conjonctive et renferme un énorme kyste hydatique uniloculaire dont les caractères sont identiques à ceux du kyste que nous avons décrit plus haut dans l'un des poumons et sept autres kystes plus petits dont le plus volumineux a la grosseur d'un œuf de pigeon. Le reste du parenchyme hépatique paraît sain.

Tube digestif. — La langue, la cavité buccale, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, examinés avec soin ne nous ont montré aucune altération.

Organes génito-urinaires. — Les testicules et la vessie étaient également normaux.

B. Caractères microscopiques. — Historique. — Nos recherches personnelles ont porté sur toutes les formes du xanthélasma aujourd'hui connues : Nous avons mis à profit des lambeaux de plaques palpébrales provenant de la clinique de M. Galezowski, de nombreux tubercules excisés par nous au nommé Sonnet qui est le sujet de notre deuxième observation et un des nodules enlevé à la femme ataxique qui est l'objet de la troisième. Nous avons également examiné tout récemment la grande tache que nous avons signalée sur le prépuce de Sonnet et les plaques que nous avons rencontrées chez lui en grand nombre sur toute l'étendue de la muqueuse des voies aériennes. Cet examen est encore trop incomplet pour que nous puissions le publier ici, mais nous pouvons dire que la structure de la tache préputiale et celle des plaques trachéo-bronchiques ne diffèrent en rien d'essentiel de celle des plaques cutanées.

Le xanthélasma a été l'objet d'un certain nombre de recherches histologiques qui ont précédé les nôtres et que nous allons rappeler très brièvement.

Erasmus Wilson s'occupa le premier de la structure des plaques jaunes de la peau et nous avons vu quelles raisons

lui firent adopter successivement pour le désigner, les termes du *molluscum sebaceum*, *lamina flavæ epithelii* et enfin celui du *xanthélasma* qui a du moins le mérite de ne pas décider d'une question d'histologie qui n'était pas encore résolue.

Pavy, Hilton Fagge, Smith, Murchison regardent les deux formes de *xanthélasma*, plane et tuberculeuse, comme une néoplasie conjonctive du derme avec dépôt de gouttelettes graisseuses dans les mailles du tissu conjonctif. C'est cette graisse et non le pigment biliaire qui détermine la coloration jaune des plaques.

Waldeyer ne s'occupe que des plaques palpébrales; après avoir rappelé la structure de la peau des paupières à l'état normal il décrit la prolifération et l'infiltration graisseuse des cellules conjonctives qui se transforment en grosses masses homogènes dont la structure cellulaire, le protoplasma et le noyau apparaissent nettement lorsqu'on les traite par les réactifs dissolvants de la graisse. Cette infiltration graisseuse est de nature spéciale et ne ressemble en rien à la formation des cellules adipeuses ni à celle que l'on rencontre dans les processus regressifs. Au niveau des plaques, les cellules pigmentaires que *Waldeyer* décrit dans la zone la plus superficielle du derme sont plus volumineuses qu'à l'état normal.

Virchow étudia l'anatomie pathologique du *xanthélasma* sur un malade de la clinique de *Von Grafe* qui offrait sur divers points du corps et notamment sur la cornée droite des taches plates, lenticulaires et des nodosités raboteuses de couleur acajou. La tumeur cornéenne caractérisée par l'infiltration graisseuse des canaux plasmatiques (*saft canalchen*) et des cellules conjonctives qui avaient pris les formes les plus variables; celles de la peau par du tissu conjonctif dense et riche en cellules également dégénérées. *Virchow* donne au *xanthélasma tuberculeux* le nom de *molluscum*

lipomateux et compare les deux formes de cette affection à certains myxomes dont les cellules fusiformes et étoilées subissent aussi une infiltration granulo-graisseuse.

En 1871, *Manz* excisa un lambeau de peau de 13^{mm} de large, 9^{mm} de hauteur et 7^{mm} d'épaisseur chez un jeune homme affecté de xanthoma planum des paupières développé à ce point sur la paupière supérieure droite que les plaques en dépassaient le bord libre et, par leur poids, en gênaient les mouvements. Ces plaques étaient saillantes et d'une coloration jaune-citron. L'examen microscopique montra le tissu conjonctif du derme sous-cutané dissocié et formant des mailles que remplissaient une ou plusieurs boules d'une couleur jaune clair et médiocrement transparente. Ces boules, quelquefois disposées en cercles autour des follicules pileux, étaient constituées par des cellules remplies de granulations grasses de volume assez uniforme et de 2^{mm} de diamètre. Ces minces granulations encore plus fines formaient aussi des traînées linéaires le long des faisceaux de tissu conjonctif. Il n'existait nulle part de véritable pigment.

Chez une femme de 40 ans, également affectée de xanthélasma palpébral, *E. Geber*, et *O. Simon*, trouvèrent des altérations quelque peu différentes. Les glandes sébacées étaient hypertrophiées et remplies de cellules en voie de prolifération. Les vaisseaux dermiques étaient dilatés et leur endothélium tuméfié; les cellules conjonctives proliféraient et subissaient une dégénérescence qui les rendaient semblables à celles des glandes sébacées; accordant la plus grande part dans l'appréciation du processus, aux lésions glandulaires, ces observateurs regardent le xanthélasma comme une hypertrophie hyperplastique des glandes sébacées.

Wickam Legg, en 1874 montra à la Société pathologique de Londres des préparations de la peau d'une malade atteinte

de taches xanthélasmiques très marquées aux paupières, aux oreilles, à la nuque, aux épaules, à la paume des mains et de chaque côté de la langue. Cette femme mourut et l'autopsie montra l'existence d'altérations analogues sur la muqueuse œsophagienne, au niveau de la bifurcation de la trachée et jusque sur la capsule de la rate. L'aorte était légèrement athéromateuse. Pour cet observateur la lésion essentielle du xanthélasma consiste en une dégénérescence graisseuse des cellules du tissu conjonctif.

L'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe est bien résumée dans le mémoire de *Kaposi*, inséré en 1872 dans le *Wiener medicinische Wochenschrift* et dans un article de la pathologie d'*Hebra*.

L'épiderme et la couche papillaire du derme sont normaux; les cellules les plus profondes du réseau de Malpighi ainsi que les cellules conjonctives les plus superficielles du derme renferment un grand nombre de granulations jaune brunâtre. Le tissu dermique est par place, riche en cellules, ailleurs compact et fibreux. La paroi des follicules pileux et les glandes sont épaissies. Ces foyers de néoformation conjonctive formée de fibres denses et serrées se colorent en jaune par le carmin et les corpuscules du tissu conjonctif y présentent une coloration jaune d'or. La coloration jaune est due à la graisse qui est déposée dans les cellules infiltre et accompagne ces faisceaux conjonctifs. Ce dépôt de matière graisseuse n'est pas le résultat, comme le font remarquer *Virchow* et *Waldeyer*, d'une altération des éléments cellulaires: C'est plutôt au vrai sens du mot, un dépôt à caractère indifférent, car les éléments qui en sont imprégnés n'offrent aucune altération organique et continuent à vivre et à fonctionner.

A. *Forme maculeuse et plane.* — *Recherches personnelles.* — L'épiderme est sain; légère exagération de la transformation vésiculeuse des cellules du corps muqueux

de Malpighi, indiquant un léger processus irritatif. Au-dessous de la rangée cellulaire la plus profonde, on rencontre un certain nombre de globules rouges du sang.

Immédiatement au-dessous du stratum épidermique les cellules lymphatiques et conjonctives du derme sont tuméfiées et chargées de granulations jaunes verdâtres auxquelles la peau doit, sans doute, en partie, sa coloration spéciale.

Plus profondément, les cellules conjonctives sont le siège d'altérations de plus en plus marquées au fur et à mesure que l'on se rapproche des plaques jaunes que nous allons passer successivement en revue.

Au degré d'altération le moins avancé, ces cellules sont tuméfiées, troubles, et finement granuleuses. Plus loin leur protoplasma semble creusé de vacuoles très fines et très nombreuses, apparence due au dépôt de très fines granulations moins réfringentes que le protoplasma cellulaire; à ce degré, le noyau n'est plus limité par un contour bien net, ses bords sont diffus et il semble comme noyé au sein de la masse protoplasmique qui les renferme.

A un degré d'altération plus avancé le noyau des cellules conjonctives se segmente, mais cette segmentation dont la réalité a été, d'ailleurs, mise hors de doute par les recherches de M. *Ranvier* sur l'inflammation expérimentale de la cornée et de *Renaut* sur les œdèmes, est d'une constatation directe difficile. Le protoplasma toujours parsemé de granulations albuminoïdes prend un aspect gras, devient jaunâtre et ses caractères optiques et micro-chimiques se rapprochent de plus en plus de ceux des matières grasses.

Au niveau des plaques, les cellules conjonctives devenues méconnaissables sont transformées en grosses vésicules entourées d'une mince membrane d'enveloppe, d'une coloration variant du jaune clair au jaune d'or et à première vue semblable à des cellules adipeuses.

Leur diamètre varie de 15 à 60^{mm} et leur forme, arrondie lorsqu'elles sont isolées, devient lorsqu'elles sont réunies en groupes, polyédriques par pression réciproque. Ces cellules lorsque les préparations sont traitées par les réactifs dissolvants de la graisse, apparaissent comme des masses pâles creusées de vacuoles extrêmement fines et innombrables qui leur donnent un aspect poreux et parsemé de nombreux noyaux sphériques de 5 à 6^{mm} de diamètre, vivement colorés par le carmin. L'acide osmique les teint en noir foncé.

Ces vésicules sont réunies par petits groupes que séparent des faisceaux conjonctifs écartés et déviés de leur direction primitive, de telle sorte qu'à première vue et à de faibles grossissements le derme ainsi dissocié ressemble au tissu conjonctif adipeux.

B. Forme tuberculeuse. — Sur les coupes de la peau examinée à un faible grossissement, les tubercules sont représentés par des taches ovoïdes blanc jaunâtres à grand axe, parallèles à la surface de cette membrane, et en rapport superficiellement avec l'épiderme soulevé et aminci, profondément avec les couches profondes du derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Indépendamment de ces taches nettement figurées, il en existe d'autres plus petites et moins régulières qui ont, pour la plupart, pour centre de formation un faisceau nerveux primitif ou un groupe de vaisseaux et de faisceaux nerveux.

Ces taches occupent l'épaisseur du derme ; il part de leur circonférence des traînées irrégulières qui se répandent plus ou moins loin dans le tissu dermique ; elles sont également traversées par les canaux excréteurs de glandes sudoripares et dissociées par des travées plus ou moins épaisses de tissu conjonctif. La largeur de ces taches qui représente l'épaisseur des tubercules varie sur nos préparations

de 1^{mm}, 50 ou 3 millimètres, mais un certain nombre d'entre elles sont à peine visibles à l'œil.

L'examen des coupes de peau pratiqué avec des grossissements plus considérables nous permettra d'arriver à une connaissance plus exacte et plus approfondie de la structure des tubercules, nous passerons successivement en revue les altérations de l'épiderme qui les recouvre, du corps papillaire du derme, des glandes sébacées sudoripares, des vaisseaux et des nerfs qui les avoisinent ou qui y sont englobés.

A. Épiderme. — L'épiderme, au niveau des tubercules présente un amincissement qui porte sur toutes les couches, mais surtout sur la structure de Malpighi et sur le stratum granulosum qui disparaît au niveau du point le plus saillant des tubercules un peu volumineux.

B. Couche papillaire. — Un certain nombre de papilles dermiques renferme des traînées de gouttelettes et de granulations graisseuses allongées suivant l'axe des papilles et contenues dans les espaces conjonctifs et résultant de l'infiltration granulo-graisseuse des cellules conjonctives. D'autres offrent des traces de sclérose.

Ces mêmes traînées se rencontrent en plus grand nombre encore dans la zone sous-papillaire et affectent une direction parallèle à la surface de la peau et sont également contenus dans les espaces conjonctifs de la région vasculaire du derme. Dans cette même région, on rencontre des faisceaux nerveux isolés qui présentent déjà les altérations que nous décrirons plus loin d'après l'examen de faisceaux plus profondément situés et de plus gros calibre.

C. Tubercules. — A la périphérie des tubercules les espaces conjonctifs sont remplis de corpuscules réfringents ayant les caractères optiques et les réactions micro-chimiques de la graisse. Ces corpuscules résultent de l'infiltration graisseuse des cellules conjonctives du derme.

Au fur et à mesure que l'on se rapproche du centre du tubercule, cette infiltration graisseuse devient plus abondante, mais le tissu conjonctif dermique fait place à un tissu fibreux de nouvelle formation beaucoup plus dense et beaucoup plus serré. Dans ce tissu, les espaces conjonctifs sont plus rares et plus étroits et c'est à sa présence que les tubercules xanthélasmiens doivent la consistance fibreuse qui les caractérise.

Les vaisseaux, les glandes et les nerfs qui y sont contenus ou qui se trouvent en leur voisinage, offrent des altérations de même nature que nous allons rapidement passer en revue.

D. Altérations des vaisseaux. — La tunique adventice des artérioles dermiques est fortement épaissie et se montre sous l'aspect d'une zone plus ou moins large, parsemée de noyaux et prenant sous l'influence de la purpurine et du micro-carmin, une teinte qui la différencie du tissu conjonctif ancien. (Périartérite scléreuse.) Un certain nombre d'artérioles est également le siège d'un processus d'endarterite plus ou moins intense, caractérisée par la multiplication de ses noyaux et la diminution de la lumière vasculaire. Les veinules ne nous ont pas paru altérées, mais les fentes lymphatiques nous ont semblé avoir disparu.

E. Glandes sébacées et sudoripares. — La tunique fibreuse des glandes a subi les mêmes altérations que la tunique externe des artères (périadénite scléreuse) et se présente sous le même aspect, dans les glandes sudoripares les plus altérées, l'épithélium glandulaire a perdu sa disposition normale et régulière : Les cellules sont bouleversées et en voie d'atrophie.

F. Lésions des nerfs. — Nous arrivons à l'étude de l'une des altérations les plus intéressantes que nous ayons constatées et qui nous paraît devoir jeter un certain jour sur la pathogénie des douleurs ressenties par les malades affectés

tés de xanthélasma tuberculeux. Nous ne croyons pas qu'elle ait été, jusqu'à présent, signalée.

Les différentes lamelles de la gaine lamelleuse des faisceaux nerveux sont épaissies et soudées entre elles sauf en quelques points où elles sont séparées par des masses graisseuses résultant, sans doute, de la dégénérescence de leurs cellules endothéliales. Ces mêmes masses se rencontrent en dedans de la lamelle la plus interne et forment autour des faisceaux de tubes nerveux qu'elle enveloppe une couronne plus ou moins complète; on peut les voir enfin sous forme de traînées, infiltrer les cloisons conjonctives qui dans certains faisceaux se détachent de la gaine lamelleuse pour les subdiviser.

Le tissu conjonctif intrafasciculaire est également sclérosé, et les ramifications artérielles qu'il supporte, sont affectées d'endonévrite scléreuse; sur les coupes transversales les tubes nerveux apparaissent comme des cercles colorés en rouge par le carmin et répondant à la section des cylindre-axes autour desquels les gaines de myéline et de Swann ne peuvent plus être distinguées.

Les altérations nerveuses que nous venons de décrire sont à la fois très manifestes et très répandues, elles intéressent à des degrés divers tout les faisceaux nerveux qui traversent les tubercules où les avoisinent et consistent comme on le voit, en un processus de périnévrite et d'endonévrite scléreuses avec stéatose des éléments cellulaires.

C. Forme tubéreuse. — Bien que cette forme soit anatomiquement identique au xanthélasma tuberculeux elle s'en distingue par ses caractères cliniques et peut être confondue avec des affections cutanées très différentes. ainsi croyons-nous devoir lui accorder dans notre description une place spéciale.

La structure des nodules tubéreux ne diffère de celle des tubercules que par un degré de néoformation conjonctive

beaucoup plus accusé et des altérations plus profondes des vaisseaux, des glandes et des nerfs. Le tissu tubéreux qui le constitue est d'autant plus dense et plus pauvre en cellules dégénérées que l'on se rapproche plus de son centre ; les artères qui le traversent sont atteintes d'une endartérite intense qui oblitère la lumière du plus grand nombre d'entre elles, les nerfs apparaissent sur les coupes transversales comme des plaques irrégulières teintées en rose par le carmin et parsemé de points rouges qui répondent aux sections transversales des cylindres axes. On ne rencontre nulle part, au sein de ces nodules, de veines et de capillaires perméables au sang ni de lacunes lymphatiques.

Résumé et interprétation histologique. — Les caractères anatomiques des diverses formes du xanthélasma cutané nous semblent, d'après les recherches des observateurs qui nous ont précédé et d'après celles qui nous sont personnelles, exprimées par les propositions suivantes. Nous n'avons pu encore faire un examen complet des plaques jaunes de la muqueuse des voies aériennes, mais ce que nous en savons nous permet d'avancer qu'elles ne diffèrent par aucun caractère histologique important de celles de la peau.

1° Le xanthélasma plat, le xanthélasma tuberculeux et la forme tubéreuse qui n'est qu'une variété de ce dernier ressortissent au même processus histologique.

Ce processus consiste en une irritation proliférative des éléments cellulaires du tissu conjonctif et en une tendance à la formation de tissu conjonctif nouveau principalement autour des vaisseaux, des glandes sudoripares, des nerfs et dans l'intérieur des faisceaux nerveux primitifs.

Parallèlement à ce processus existe une tendance à une dégénérescence graisseuse particulière des éléments cellulaires préexistants et de nouvelle formation.

3° La prédominance de l'un ou de l'autre de ces deux

processus parallèles contribue avec la configuration et l'étendue de la néoplasie, à en déterminer la forme clinique et les caractères objectifs.

4° Le xanthélasma plat est essentiellement constitué par une altération des cellules du tissu conjonctif avec peu ou point de modification des fibres de ce tissu.

L'élément irritatif y est représenté par la tuméfaction trouble des cellules conjonctives et la prolifération de leurs noyaux. L'élément dégénératif par la transformation graisseuse graduelle du protoplasma cellulaire.

5° Dans le xanthélasma tuberculeux le processus irritatif l'emporte sur le processus dégénératif: Celui-ci est représenté par la sclérose du tissu conjonctif du derme, de la tunique externe des vaisseaux (périartérite), de la tunique fibreuse des glandes sudoripares (périadénite), de la gaine lamelleuse et du tissu conjonctif intrafasciculaire des nerfs.

Celui-là, par l'infiltration graisseuse des cellules conjonctives du tissu conjonctif d'ancienne et de nouvelle formation.

6° Dans la forme tubéreuse que nous distinguons au point de vue clinique, de la forme tuberculeuse et que nous croyons devoir signaler à l'attention des cliniciens, bien que nous n'en connaissions qu'un cas, le processus irritatif semble l'emporter sur le processus dégénératif.

Il se traduit par la sclérose des régions centrales du nodule et les altérations de même nature et très prononcées dont sont le siège les vaisseaux et les nerfs qui le traversent. (A suivre.)

II

ACNÉ INDURÉE GÉNÉRALISÉE SUR UNE ENFANT. CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT DE LA FONCTION SÉBACÉE, par le Dr P. AUBERT, chirurgien de l'Antiquaille.

Peroline Perrotin, âgée de six ans et demi, entre le 22 novembre 1878 à l'hospice de l'Antiquaille.

Son père est mort il y a 4 ans, six frères ou sœurs sont morts en bas âge, la mère seule vit et se porte bien.

Début, il y a 4 mois de l'éruption qui se présente actuellement avec les caractères suivants :

Les joues, la face antérieure des cuisses, des genoux et des jambes, la face postérieure des bras, coudes et avant-bras sont couverts de pustules acnéiques disséminées. Le reste du corps présente quelques papules éparses de prurigo écorchées à leur sommet. Les pustules ont partout les mêmes caractères, base indurée, aspect rouge sombre, au sommet accumulation de pus liquide ou concreté derrière lequel est un petit pertuis assez profond. Là où l'évolution est plus avancée on constate que la pustule a fait place à une petite cicatrice déprimée pigmentée, et d'un rouge brun. Sur chaque joue il y a huit à dix pustules ainsi constituées et reliées par de fines arborisations vasculaires. De temps en temps une nouvelle pustule apparaît ça et là.

Absence complète d'antécédents ou d'accidents actuels et en particulier de manifestations syphilitiques.

Il s'agit donc d'une acné survenue sans cause apprécia-

ble à un âge où pareille éruption est très rare ; le siège insolite des pustules sur les membres ajoute encore à la rareté du fait. Sur un très grand nombre d'enfants que mes collègues de l'Antiquaille et moi avons pu observer il ne s'est pas rencontré d'observation analogue.

Avec quelques bains de propreté et quelques toniques, le traitement a consisté essentiellement dans l'administration de la liqueur de Fowler à la dose de 10, 20, puis 30 gouttes par jour.

A partir de l'emploi de cette médication il ne s'est pas produit de nouvelles pustules et la malade tenue longtemps ensuite en surveillance est sortie le 25 février 1879 présentant de petites cicatrices déprimées et maculeuses dans tous les points où avaient existé des pustules.

A l'occasion de ce fait j'ai essayé de reprendre et de compléter quelques recherches sur le fonctionnement des glandes sébacées chez les enfants.

J'ai passé en revue tous les enfants de mon service notant chez eux soit les empreintes huileuses laissées sur un papier mince appliqué à l'extrémité du nez où l'activité des glandes sébacées est le plus accentuée, soit les diverses manifestations pathologiques de ces glandes (acné punctata ou pustuleuse).

Voici la statistique recueillie à cet égard.

	Nombre	Sécrétion sébacée	acné punctata	acné pustuleuse
Filles et garçons au-dessous de 5 ans.....	30	0	0	0
Filles de 5 à 10 ans.....	27	1	0	1
Filles de 10 à 15 ans.....	17	9	2	3
Filles de 15 à 20 ans.....	16	14	6	2

Dans la série de dix à quinze ans une seule fille est réglée; dans la série de quinze à vingt ans, treize sont réglées et trois ne le sont pas. Deux de ces trois dernières atteintes de

manifestations scrofuleuses multiples et graves n'ont pas d'empreintes sébacées et présentent cet état de la peau décrit par Hebra sous le nom de pityriasis tabescentium ou cachecticorum.

	Nombre	Sécrétion sébacée	acné punctata	acné pustuleuse
Garçons de 5 à 10 ans....	18	2	0	0
Garçons de 10 à 15 ans...	20	9	0	0
Garçons de 15 à 20 ans...	7	4	2	0

En étudiant les tableaux ci-dessus, on voit que, au-dessous de cinq ans, la sécrétion sébacée est sinon nulle, au moins très faible, puisqu'il n'est pas possible de recueillir d'empreinte et que les manifestations pathologiques font défaut.

A partir de cinq ans le nombre des cas où la sécrétion sébacée existe d'une façon appréciable augmente à mesure que l'on se rapproche de l'époque de la puberté, et chez les filles où cette puberté a dans la menstruation un moyen exact de constatation, on peut voir que la sécrétion sébacée est franchement établie dans tous les cas où la menstruation existe. Les circonstances pathologiques qui retardent l'une de ces fonctions peuvent aussi retarder l'autre.

Il semble d'après nos chiffres que chez les filles la sécrétion des glandes sébacées serait plus précoce et plus intense, et les manifestations pathologiques de ce système plus fréquentes.

Indépendamment des acné ponctuée et pustuleuse, j'ai rencontré assez souvent sur les enfants atteints de favus et épilés, de petits kystes sébacés miliaires et d'un blanc laiteux. Ces kystes ont le volume d'un grain de mil, on peut facilement les énucléer sans les ouvrir, avec la pointe d'une épingle, et l'on constate qu'ils sont constitués par une mince enveloppe sans aucun orifice apparent et qu'ils ren-

ferment des cellules épidermes en dégénérescence graisseuse. Ces kystes doivent avoir été vus par toutes les personnes qui ont soigné un certain nombre de sujets faviques, cependant je n'ai pas souvenir de les avoir vu nettement décrits et je propose à cause de leur teinte d'un blanc pur de les appeler milium album ou lacteum.

En faisant ces recherches il me vint à l'esprit que peut-être chez les nouveau-nés il existe une sécrétion sébacée temporaire plus abondante comme il existe une sécrétion lactée.

Mes recherches à cet égard ne m'ont donné aucun résultat, car, dans le service de la maternité, l'usage est établi de laver les enfants avec de l'huile après leur naissance. Sur ces nez huileux je ne pouvais donc faire la part du lavage antérieur et de la sécrétion normale. Aussi ai-je été heureux de trouver dans le *London medical Record* du mois de février 1879 l'analyse d'un travail de Epstein Alois sur le milium de la face chez les nouveaunés (*Central Zeitung für Kinderheilkunde*, novembre 1878).

L'auteur décrit une affection fréquente sur la face des nouveau-nés ; cette affection qui ne manquait complètement que 8 fois sur 141 enfants examinés, consiste en petites saillies miliaires d'un blanc jaunâtre, discrètes ou groupées que l'on trouve spécialement sur le nez, le menton, les joues et le front, ces tumeurs sont de véritables kystes sébacés par rétention qui durent rarement plus de deux à trois semaines et disparaissent par desquamation ou absorption graduelle. Quelquefois le pourtour de ces petits corps miliaires rougit et il y a transformation en pustule acnéique.

Il semble bien résulter de ces faits que le système sébacé présente soit pendant la fièvre intra utérine, soit de suite après la naissance une activité temporaire comparable à celle de la glande mammaire, activité qui ne tarde

pas à s'éteindre pour reparaitre à l'époque de la puberté.

Ces faits nous ont paru intéressants.

On peut dire que, en général, si l'on met à part les affections parasitaires, la pathologie cutanée de l'enfance est moins riche que celle de l'âge adulte; cela tient à deux ordres de causes, d'abord à ce que les causes soit constitutionnelles, soit extérieures, ont eu chez l'adulte plus de temps pour se développer et agir, puis à ce que pendant l'enfance tout un important système de la peau sommeille et n'acquiert qu'à la puberté la plénitude de ses fonctions.

Les fonctions de ce système persistent ensuite jusqu'à l'âge le plus avancé car j'ai pu recueillir des empreintes sébacées très nettes sur plusieurs vieillards âgés de 80 à 90 ans.

III

OBSERVATION D'UN MALADE PORTEUR DE BOUTONS DE BISKRA QUI ONT CÉDÉ AU TRAITEMENT, par L. BARD, interne des hôpitaux de Lyon.

Michel Litzelmann, né à Surbourg (Bas-Rhin), âgé de 25 ans, entre le 19 décembre 1878, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. le professeur Bondet, salle Saint-Augustin, n° 39. Ce jeune homme, d'une constitution robuste, a toujours joui, dans sa jeunesse, d'une santé parfaite, il ne présente aucun antécédent héréditaire. Entré au service militaire, en janvier 1875, il fut incorporé au 1^{er} régiment d'artillerie et envoyé immédiatement en Algérie. 8 mois après, il fut atteint d'une fièvre typhoïde, qui l'a retenu deux mois à l'hôpital, mais dont il se rétablit complètement.

Jusqu'à cette époque, jamais d'affection cutanée ni de maladie vénérienne.

Vers la fin de l'année 1876, ce jeune homme se trouvait depuis 5 ou 6 mois en garnison à Batma, quand il fut atteint de furoncles atteignant les dimensions d'une pièce de vingt sous, qui disparurent au bout de 45 jours, et dont l'un fut ouvert comme un abcès et livra issue à du pus. Le malade déclare que ces productions ne ressemblaient en rien à celles qu'il a présentées plus tard.

Vers septembre 1877, le malade alla tenir garnison à Biskra. Au mois d'août 1878, au moment où il allait quitter Biskra après 10 mois de séjour environ, il remarqua un

petit bouton, gros comme une tête d'épingle, sur la face dorsale du gros orteil du pied gauche.

Pendant son séjour à Biskra, notre artilleur n'avait jamais été malade, il se trouvait dans des conditions hygiéniques meilleures que d'ordinaire, employé comme ordonnance par un médecin militaire.

C'est trois semaines environ après le début du premier tubercule, et alors que le malade avait quitté Biskra, que parurent à peu près simultanément deux autres boutons qui présentèrent les mêmes caractères que le précédent. Pas de douleur ni de prurit pénible ; quelquefois légère démangeaison nocturne. Ces lésions allèrent toujours en augmentant d'étendue et d'intensité, mais en conservant toujours leur caractère d'indolence ; le travail avait toujours été possible, et ce n'est que quelques jours avant l'entrée à l'hôpital qu'un certain degré d'œdème du pied gauche gênait un peu la marche.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, trois mois et demi environ après le début de la maladie, le malade est porteur de trois boutons nettement différents : l'un siège sur la face dorsale et interne du gros orteil gauche, c'est le premier en date ; les deux autres sur le tronc : l'un en arrière, à la région lombaire droite, au niveau du bord externe du muscle carré des lombes et à hauteur de la ceinture ; l'autre sur la paroi abdominale antérieure, en haut et à droite de l'ombilic.

Sur l'orteil on constate un gonflement avec rougeur et desquamation étendues au doigt tout entier, et envahissant un peu la région du métatarsien correspondant. À la partie centrale est une ulcération irrégulière de petite étendue ; les bords taillés à pic sont résistants et exubérants, de sorte que l'ulcération paraît profonde tandis que le fond est peu enflammé ; la sécrétion est peu abondante. L'ulcère est indolent aussi bien que ses bords, il est exploré

facilement, et malgré une légère raideur de l'articulation métatarso-phalangienne voisine, le malade marche facilement. Malgré la présence de quelques petits clous périphériques, on ne retrouve pas là, du moins d'une façon évidente, la fusion de plusieurs lésions élémentaires.

Les deux boutons supérieurs ont des caractères différents de celui du pied, mais ils sont absolument semblables entre eux ; là, l'ulcère a fait place à la squamme ; ces boutons consistent chacun en une sorte de tumeur rénitante, assez régulièrement circulaire, de forme discoïde ; elle est supportée par un véritable disque d'engorgement dur dans le tissu cellulaire sous-cutané, disque qui dépasse la partie croûteuse et atteint 6 centimètres de diamètre. La partie superficielle saillante présente une croûte inégale, rugueuse, grisâtre, et qui rappelle l'aspect du psoriasis humide confluent ; au-dessous de ces croûtes, la surface est irrégulièrement ulcérée, mais peu sécrétante. Même insensibilité que pour le pied. Sur les bords de la lésion, on trouve des tubercules isolés munis d'une petite croûte, mais qui rappellent les tubercules de lupus plus encore que les furoncles vulgaires ; quelques productions furonculeuses sont disséminées à la périphérie. La tumeur principale paraît elle-même constituée par la confluence de lésions élémentaires multiples.

Toutes ces productions étaient stationnaires depuis quelques mois ; les croûtes persistent d'ordinaire, raconte le malade, pendant 2 à 3 semaines, puis elles se détachent pour se reproduire, mais jamais de sécrétion abondante, rien non plus qui puisse rappeler l'élimination d'un bourbillon.

Quelle était la nature de ces lésions ? Le malade avait quitté Briska depuis quelques mois à peine, et ce fait était bien fait pour attirer l'attention. En effet, l'aspect singulier de ces lésions, qui ne ressemblaient aucunement aux mala-

dies cutanées que nous avons l'habitude d'observer dans les hôpitaux, eût bientôt fait porter le diagnostic de boutons de Biskra. D'une part, la longueur de l'évolution, la forme arrondie des tumeurs, l'absence de bourbillons éliminaient immédiatement le furoncle et l'anthrax ; le psoriasis ne présentait qu'une ressemblance éloignée, et la limitation des boutons aussi bien que leur saillie, leur disque profond, ne permettaient pas de s'arrêter à cette hypothèse ; on ne pouvait davantage penser au lupus, la marche relativement rapide des boutons pour arriver à constituer l'état stationnaire actuel, la multiplicité de siège, les croûtes et les ulcérations éloignaient cette idée. Enfin, si l'ulcère du pied eût pu faire penser aux lésions du rupia ou de l'ecthyma, ses caractères s'en éloignaient notablement et d'ailleurs les boutons squameux du tronc eussent dissipé les derniers doutes. Ajoutons que le malade n'avait pas présenté d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques d'aucune espèce.

Ce diagnostic par élimination et d'un ordre tout négatif devait encore être confirmé par comparaison avec les descriptions que donnent les auteurs des diverses éruptions connues sous les noms de clous d'Alep, de Biskra, ulcères d'Orient, etc., nomenclature assez riche qui paraît se rapporter à une affection identique à elle-même si l'on en croit l'opinion presque unanime des derniers mémoires publiés à ce sujet. Nous nous contenterons de rappeler rapidement les principaux points qui permettent de rapporter notre observation au type commun de toutes ces descriptions.

La lenteur du développement, l'absence de douleurs, et c'est là un signe capital, l'apparition tardive du ramollissement, l'insensibilité des bords de l'ulcère, l'aspect sec et uni du fond de l'ulcère, tels sont les caractères en quelque sorte spécifiques sur lesquels M. Villemin établit son dia-

gnostic et que M. Barrallier approuve sans réserves dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, eh bien! tous ces caractères se retrouvaient au plus haut degré chez notre malade; rappelons encore la multiplicité des lésions, la coïncidence sur le même sujet des deux formes squammeuses et ulcéreuses également caractéristiques.

Le siège sur la face dorsale du pied est encore une probabilité, puisque M. Barrallier dit que si on le trouve ordinairement à la face chez les indigènes, il frappe plutôt chez les Européens, les extrémités et leur face dorsale; d'ailleurs, on en a trouvé dans toutes les régions du corps, et ainsi on ne peut tirer d'objections de leur existence sur le tronc.

Bien que ce fût la première fois qu'il eût été donné à M. Bondet d'observer une pareille éruption, extrêmement rare dans notre région, il n'hésita pas à affirmer le diagnostic.

Quand on a nommé les boutons de Biskra et que l'on a établi le diagnostic, il semble vraiment que tout soit terminé, car il est un point sur lequel tous les auteurs récents paraissent être tombés d'accord, c'est assurément sur l'inutilité du traitement dans ces cas; et s'il faut les en croire les modificateurs énergiques, tels que les caustiques, n'auraient aucune action et ne pourraient servir, d'après Weber, qu'à déterminer des suppurations ganglionnaires ou des inflammations érysipélateuses. Cependant le praticien doit agir, et sans se laisser décourager par ces conclusions peu optimistes, M. Bondet voulut essayer de hâter la guérison.

Tout d'abord et malgré les affirmations de quelques auteurs au nombre desquels il faut ranger M. Barrallier, dans son article du dictionnaire, il était impossible de songer ici au mauvais état de la constitution non plus qu'aux mauvaises conditions hygiéniques; il s'agissait d'un artil-

leur robuste et qui, après deux années d'habitude de la vie militaire en Algérie, s'est trouvé à Biskra, dans des conditions relativement satisfaisantes par le fait de son emploi d'ordonnance. D'ailleurs, Le Roy de Méricourt, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et M. Weber, dans un excellent mémoire déjà cité, publié dans le *Recueil des mémoires de la médecine militaire* (1876, p. 44), reconnaissent qu'il atteint indistinctement toutes les constitutions et toutes les classes de la société, et qu'il n'altère ni les fonctions digestives, ni la nutrition générale; par là, les toniques perdaient leur importance.

Aucune indication ne pouvait être tirée non plus de l'origine, par les eaux salines ou les dattes, attribuée d'abord à cette affection; ces causes sont abandonnées aujourd'hui, et si l'eau de certains cours d'eau paraît agir quelquefois à cet égard sur les riverains, ce ne peut être qu'en servant de véhicule à l'agent de la contagion, car le bouton est inoculable. Quoi qu'il en soit, on est amené à rejeter toutes les causes générales, et le bouton de Biskra est bien et dûment une affection locale, à laquelle on ne peut opposer qu'un traitement également local.

Les causes banales d'irritation locale de la peau ne suffisent point à expliquer une lésion d'apparence si constante, spécifique par tous ses caractères, et d'ailleurs les émollients échouent fatalement. Chez notre malade, trois semaines de cataplasmes de fécule n'amenèrent aucun changement dans l'état et l'aspect des boutons.

C'est alors que des frictions régulières furent prescrites, le 8 janvier, avec la pommade à l'iodo-chlorure mercurieux (1^{re} sur 40 d'axonge). L'effet fut très-prompt, et à notre grand étonnement, les boutons subirent des modifications rapides; la tumeur diminua de volume, l'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané entra en résolution, les croûtes diminuèrent d'abord d'épaisseur, et enfin elles tombèrent

pour ne plus se renouveler. Bientôt il ne restait plus comme trace qu'un léger degré d'épaississement du derme sans croûtes ni ulcérations. Ces modifications étaient apparentes déjà 4 jours après l'emploi de la pommade, et l'évolution indiquée s'est accomplie en trois semaines environ, cependant le bouton ulcéreux du pied résista plus longtemps. L'épaississement de la peau persista jusque dans les premiers jours du mois de février, et le malade quitte l'hôpital le 24 février, alors que depuis plus de 15 jours il ne restait d'autre trace de l'affection qu'une petite cicatrice brune à peine visible.

Ainsi, les boutons de Biskra que portait notre malade ont disparu dans le courant du mois de janvier, après 4 mois de durée seulement. Or, tous les auteurs s'accordent à fixer 6 et 8 mois comme terme minimum de la durée du bouton de Biskra, alors que les lésions analogues des autres localités et nombre de boutons de Biskra ont une durée d'une année, assez constante pour leur avoir mérité le nom d'*ulcère d'un an*. D'autre part, l'influence du traitement est d'autant plus significative qu'elle s'est exercée au milieu de l'hiver, alors que les médecins algériens et Weber en particulier fixent au mois de mars et au printemps la guérison spontanée. Enfin, la rapidité de la réparation ne peut plus laisser subsister aucun doute à cet égard, d'ordinaire elle s'effectue en 2 mois environ, et dans ce cas nous l'avons vu marcher et se terminer sous nos yeux, en moins de trois semaines.

D'ailleurs, dans l'état actuel de nos connaissances, ce succès du traitement ne doit pas trop nous étonner. Un médecin distingué de Bombay, M. le docteur Vandyke Carter, a fait d'excellentes études micrographiques sur cette maladie ; ses recherches, qui sont déjà indiquées dans le mémoire de Weber, ont été sourises à la *Société médico-chirurgicale de Londres*, on les trouve dans le

journal *The Lancet* (p. 610, 28 avril 1877). Après avoir établi que l'altération anatomique consiste en une dermite diffuse, il déclare qu'il a trouvé d'une manière certaine et sans doute possible un véritable cryptogame dermophyte, occupant les petits canaux lymphatiques de la peau. M. Vandyke Carter a donc pu démontrer anatomiquement la nature parasitaire du bouton de Biskra; Le Roy de Méricourt la présentait déjà dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et se basant uniquement sur les caractères cliniques, il exprimait l'espoir que le parasite serait un jour retrouvé. Profondément convaincu de la vérité des descriptions de l'auteur anglais, M. Weber déclarait que le problème thérapeutique consisterait à chercher un agent destructeur du parasite. Nous n'avons certes pas la prétention d'avoir résolu le problème, ni de vouloir rien conclure d'un fait isolé; cependant les propriétés parasitocides des sels de mercure, la facilité avec laquelle ils pénètrent profondément dans les tissus, sont trop bien connues pour que n'ayions pas cru devoir signaler ce succès par la pommade à l'iodo-chlorure mercurieux, à ceux de nos confrères qui sont à même d'observer des boutons de Biskra, et d'en étudier l'évolution sur un plus large champ de recherches.

TRAITEMENT DE LA COUPEROSE. — Extrait d'une leçon recueillie dans le service de M. HILLAIRET par M. BRAULT, interne des hôpitaux.

Quant à moi, Messieurs, après avoir essayé la plupart des traitements signalés plus haut, j'ai cherché une autre méthode de traitement et voici par quel raisonnement j'ai été amené à instituer la médication que j'emploie depuis près de 8 années.

J'ai pensé que probablement dans la couperose après la première poussée inflammatoire les capillaires de la face se trouvaient dans un état de dilatation passive analogue à celle qui est consécutive à la section du ganglion cervical supérieur du ganglion sympathique, comme dans les expériences de Cl. Bernard.

Je me suis demandé alors s'il n'y aurait pas moyen de lutter contre cette tendance à la stase sanguine en activant la circulation.

Je remarquai alors une préparation à base de soufre, mais que j'ai dû modifier beaucoup par la suite, car les substances qui y étaient contenues, étaient en proportion mal équilibrées.

Après de nombreux tâtonnements, voici à quelle manière de faire je me suis arrêté aujourd'hui.

Le matin je fais laver la figure avec de l'eau très chaude ou encore j'ordonne pendant 4 ou 5 jours consécutifs des douches de vapeur sur la figure.

Ces douches ne sont pas absolument nécessaires pendant la première période de la couperose.

Le soir on lotionne la figure avec la solution suivante :

Eau distillée.....	250,
Soufre sublimé.....	30,
Alcool camphré.....	8, 10, 12 ou 15 grammes.

suivant les cas.

Il vaut mieux commencer par 10 grammes, et monter ensuite jusqu'à 15; chez certaines femmes à peau sensible, on peut remplacer l'alcool camphré par l'éther sulfurique camphré à la dose de 10, 12 ou 15 grammes.

Mais il est bon d'être prévenu que le soufre dans cette dernière préparation n'est pas délayé et qu'il reste en suspension dans le liquide à l'état de gouttelettes, d'où la nécessité d'agiter la préparation.

A la suite de cette application, l'alcool ou l'éther s'évaporent, et il reste sur la figure une couche pulvérulente de soufre entremêlée de fins cristaux de camphre.

On laisse les choses dans cet état jusqu'au lendemain matin. Il faut encore prendre la précaution d'humecter les joues avec une éponge sans frotter et de fermer les yeux dans les premiers instants, car ils pourraient se trouver incommodés par l'évaporation de l'alcool ou de l'éther.

Le lendemain deuxième lavage à l'eau chaude suivi d'une onction avec la pommade suivante :

Axonge.....	30,
Oxyde de zinc,	2 à 3 grammes.

Cette pommade qui peut être employée après chaque lavage à l'eau chaude a simplement pour but d'éviter les gerçures de la peau.

A la suite de ce traitement, on observe dès le 4^e jour un affaissement notable des papules et une diminution considérable de la rougeur.

Dès le 8^e jour on peut remarquer des espaces blancs de peau saine.

Il est indiqué après 6 jours consécutifs de traitement de suspendre pendant 1 jour ou 2, puis de reprendre. Au début il y a une forte irritation, mais la cuisson ressentie par les malades disparaît du 3^e jour au 5^e ou 6^e jour.

Le traitement doit être continué longtemps, et dure généralement de deux mois à deux mois et demi pour que la disparition complète de la rougeur soit obtenue.

Mais, si vous voulez une guérison définitive, si vous voulez éviter les récives, il existe encore quelques précautions à prendre, précautions que je considère comme indispensables.

Il s'agit simplement de continuer les lavages à l'eau chaude le matin et le soir. Le soir il est préférable d'ajouter dans un verre d'eau tiède une cuiller à deux d'éther sulfurique.

N'oubliez pas cependant qu'il y a des cas rebelles.

Comme hygiène, surveiller l'alimentation, éviter le vin en trop grande quantité, l'alcool sous toutes les formes et en général les excitants.

Il faut éviter l'air trop vif, le bord de la mer, et aussi les appartements très chauds ; conseiller au contraire un exercice modéré.

Voilà, Messieurs, avec quelle persistance il faut surveiller les malades pour obtenir un résultat satisfaisant.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LES LOCALISATIONS SPINALES DE LA SYPHILIS, par le D^r JULLIARD, ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1879.

Les localisations de la diathèse syphilitique sur les divers éléments de la moelle épinière n'ont pas été jusqu'à présent, que nous sachions, l'objet d'un travail d'ensemble susceptible de nous éclairer dans les problèmes si délicats que nous pose la thérapeutique générale et spéciale des accidents nerveux spécifiques. En groupant les diverses données fournies par les nombreuses observations de syphilis médullaire éparses dans la science, M. Julliard a rendu un véritable service aux médecins aussi bien qu'aux spécialistes. À ce double titre, son travail mérite l'examen des uns et des autres, et ils en tireront sans aucun doute un égal profit.

Il n'est certainement pas étonnant que les accidents de ce genre nous soient mal connus à l'heure présente, puisque la syphilis viscérale n'est étudiée sérieusement que depuis un petit nombre d'années, et que les maladies du système nerveux elles-mêmes commencent à l'être seulement. Ces simples remarques nous montrent combien est restreint l'historique de la question, et depuis John Hunter, qui affirmait n'avoir jamais vu les centres nerveux atteints par le virus vénérien, jusqu'aux derniers travaux de l'École du Midi, l'histoire de la syphilis

médullaire ne semble pas avoir fait grand progrès. A l'époque où MM. Zambaco, Gros et Lancereaux nous faisaient les premiers connaître les désordres occasionnés dans le cerveau par la diathèse syphilitique, nous ne trouvons aucuns documents correspondant relatifs à des altérations analogues de la moelle épinière, sauf dans la thèse de M. Ladreit de Lacharrière, et quelques journaux anglais. Et il est certainement facile de se rendre compte d'une semblable pénurie, quand on songe à l'obscurité qui régnait alors sur la pathologie de la moelle épinière, malgré la publication des ouvrages déjà classiques d'Ollivier d'Angers et de Romberg. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir le livre de Jaccoud, publié il y a près de 18 ans, et qui marque une première étape dans l'étude de ces maladies. La monographie la plus intéressante que nous ayons à citer jusqu'à présent sur les myélites syphilitiques est la thèse inaugurale de M. Caizergues, soutenue à Montpellier il y a peu de mois. Ce confrère distingué n'a pas cru devoir se placer au même point de vue que notre auteur ; comme il le dit lui-même, son travail a surtout pour but d'établir une classification des myélites dites syphilitiques. C'est un cadre plutôt qu'un tableau qu'il présente. Tout au contraire, M. Julliard s'est efforcé de décrire en détail tout à la fois les lésions et l'ensemble des symptômes qu'elles déterminent. Hâtons-nous de le suivre sur ce terrain qui nous paraît être de beaucoup le plus pratique.

La question d'étiologie semble, avec juste raison, l'avoir préoccupé tout d'abord. Les résultats de cette recherche ne sont pas toujours absolument satisfaisants. Cependant, comme en général les complications médullaires surviennent dans les cas graves, on est souvent renseigné par l'existence d'accidents antérieurs. Waldemar a démontré, par une statistique de 88 cas, que les troubles médullaires

sont le plus souvent des accidents de transition appartenant à la période des poussées secundo-tertiaires. Cependant, il existe des observations très authentiques de symptômes médullaires survenus presque à la suite de l'infection primitive. On s'est encore demandé quelle était l'influence du traitement sur le développement des accidents médullaires. D'après M. le professeur agrégé Jullien, qui a publié, dans ces derniers temps, les meilleurs travaux de synthèse que nous ayons sur les maladies vénériennes, les sujets soumis au mercure auraient présenté plus de complications des centres nerveux que ceux à qui on n'avait administré aucun traitement spécifique. Quelle que soit l'opinion qu'on puisse se faire sur ce point, il est positif que certaines syphilis malignes résistent à toutes les médications et finissent par envahir les centres nerveux comme les autres organes profonds. Comme cause secondaire et occasionnelle, l'influence du froid ne saurait être contestée et pour une raison qu'il est difficile d'élucider quant à présent, les femmes paraissent jouir d'une certaine immunité vis-à-vis de ces sortes de complications.

C'est dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique que nous allons trouver les renseignements les plus précieux et les plus nouveaux. L'auteur a eu l'occasion bien rare et bien précieuse de pratiquer l'autopsie de deux sujets ayant succombé aux complications médullaires de la syphilis. L'examen histologique des parties malades a été fait sous la direction du professeur Pierret, et il a donné les résultats les plus dignes d'intérêt. Après avoir rapidement mis hors de cause l'existence très problématique des exostoses rachidiennes, et biffé d'un trait de plume les paralysies fonctionnelles, l'auteur allant du connu à l'inconnu, nous fait le parallèle des altérations syphilitiques du cerveau, avec celles de la moelle qui lui fait suite. En se basant sur les analogies de structure, il

étudie successivement les lésions des méninges rachidiennes, les gommes de la moelle et les myélites syphilitiques. La méningite spécifique est assez fréquente pour qu'elle ait été signalée expressément dans un bon nombre d'observations. La dure-mère et l'arachnoïde ont été trouvées soudées l'une à l'autre. Dans d'autres cas, le microscope a révélé des altérations inflammatoires jusque dans l'intérieur de la pie-mère. Il n'en est pas de même des tumeurs syphilitiques, ordinairement désignées sous la dénomination de gommes. Il est vrai, d'après M. Fournier, qu'elles ne s'observent que rarement dans l'intérieur du cerveau; elles sont peut-être plus rares encore dans la moelle épinière. Quant aux altérations de cette dernière, elles sont essentiellement variables, et en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires. C'est toujours d'une myélite diffuse dont il s'agit, et l'on chercherait vainement une systématisation quelconque dans les divers cordons. Tantôt on observe une sclérose plus ou moins avancée, tantôt un ramollissement de l'organe : cela dépend de la période à laquelle il est donné de pouvoir faire l'examen des parties. Quant au processus morbide, considéré en lui-même, il présente une marche spéciale et en quelque sorte caractéristique pour la syphilis. Il affecte de se localiser au grand système lymphatique représenté suivant M. Pierret dans le canal rachidien, par les méninges, la névroglie et la gaine adventice des vaisseaux. Quant à l'ataxie locomotrice syphilitique qui serait, au contraire, un exemple de myélite syphilitique systématisée, nous croyons son existence absolument démontrée, et nous ne saurions nous associer sur ce point, même aux simples réserves mises en avant par l'auteur. Ce n'est, en somme, qu'un exemple de plus du polymorphisme des lésions diathésiques.

La symptomatologie des myélites syphilitiques est étroite-

tement liée aux altérations que nous venons de décrire. On peut dire qu'elle emprunte à l'irrégularité et à la diffusion des symptômes son cachet particulier. Dès 1860, Griesinger disait à ce sujet, que le trait le plus saillant des affections nerveuses syphilitiques est d'être pour ainsi dire fragmenté, et qu'en pareil cas le groupement insolite de plusieurs symptômes simultanés importe encore plus au diagnostic que les caractères particuliers d'un phénomène isolé.

Le début, la marche et la durée de la maladie sont en général lents et graduels; mais ils peuvent parfois être très rapides et affecter une marche suraiguë comme dans une observation que nous avons publiée dans ce journal (*Annales de dermatologie*, 1870, p. 311). Si les troubles du côté de la motilité prédominent toujours sur ceux qui affectent la sensibilité, ils n'en sont pas moins fort irréguliers dans leurs allures. Tantôt on se trouve en présence de véritables paralysies, tantôt de parésies plus ou moins incomplètes. Les membres peuvent être envahis d'une façon très inégale, bien plus encore que dans les myélites de causes ordinaires.

Du dépeuplement de la plupart des observations de ce genre, il semblerait résulter, d'après M. Julliard, que « dans beaucoup de paralysies syphilitiques, l'intégrité de la sensibilité contrastait étrangement avec l'intensité des lésions motrices. » Dans notre observation, la sensibilité était tout à fait normale, souvent elle peut être pervertie dans l'une quelconque de ses manifestations.

Les troubles du côté des organes génitaux urinaires éclatent le plus souvent dès le début, et ne sont pas en rapport avec les autres symptômes observés. Quant au pouvoir réflexe de la moelle, il est presque toujours exagéré. L'élément douleur présente dans l'espèce une assez grande importance. On peut attribuer vraisemblablement

les douleurs à la participation des méninges dans le processus morbide. Elles sont quelquefois ostéocopes et remittentes, ce qui éclaire singulièrement le diagnostic nosologique.

Ce dernier reposera sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement : c'est assez dire qu'il ne sera pas des plus faciles à établir. Suivant M. Julliard, la recherche minutieuse des traces qui peuvent exister encore sur les téguments et les muqueuses est préférable à tous les interrogatoires. Cependant elles peuvent quelquefois disparaître au point qu'il soit impossible, au bout de quelques années, d'en reconnaître l'existence.

La thérapeutique, alors, sera la pierre de touche de la nature de l'affection. Bien que l'administration de l'iodure de potassium comme altérant dans les myélites ordinaires, soit éminemment rationnelle, on devra toujours employer ce médicament au cas où la syphilis serait en cause, et, en agissant de la sorte, on a plusieurs fois obtenu des succès inespérés, comme cela est arrivé à M. Fournier dans l'ataxie locomotrice. Aussi, le pronostic des myélites syphilitiques est-il bien moins sévère que celui des autres inflammations de la moelle. Tel est rapidement esquissé le contenu de cette excellente monographie. Elle peut être considérée comme une base solide pouvant servir de point de départ à des travaux ultérieurs sur ces questions difficiles et à l'ordre du jour. Le chapitre consacré à l'anatomie pathologique est entièrement original et rempli de détails intéressants qu'on ne saurait retrouver ailleurs.

Humbert MOLLIERE,

médecin des hôpitaux de Lyon.

LA VÉRITÉ SUR LES TOURS, par le D^r X. DELORE.

La question si intéressante du rétablissement des tours préoccupe vivement l'opinion publique, surtout depuis que le Sénat en a été saisi récemment par M. Bérenger. Le D^r Delore, ancien chirurgien en chef de la Charité, en a fait le sujet d'une importante communication à la société de médecine de Lyon qu'il vient de faire paraître en brochure. Ce n'est pas une analyse qu'il faudrait faire de ce travail concis, il faudrait le citer en entier. Tout dans cette étude n'est que faits et chiffres, et rien n'est plus éloquent en cette matière que les chiffres et les faits. M. Delore a divisé la question en trois parties : dans la première il traite le point de vue médical ; la seconde est consacrée au côté moral ; et dans la troisième il étudie les mesures à prendre pour remédier à l'état actuel qui lui paraît défectueux dans certains points.

Avant tout, le chirurgien de la Charité est un adversaire résolu du rétablissement des tours. Par des chiffres implacables, empruntés à sa pratique et à des statistiques, il détruit du premier coup le grand argument des partisans du tour, en prouvant que le tour ne diminue pas le nombre des *infanticides*, des *avortements* et des *expositions*.

1° Les infanticides. — La statistique produite par M. Bérenger est la meilleure preuve que puisse invoquer M. Delore. Elle indique en effet que le nombre des infanticides a augmenté jusqu'en 1860 et que depuis cette époque, il semble diminuer un peu ; or, c'est depuis ce moment que date la disparition des tours.

2° Avortement. — La femme qui commet ce crime veut avant tout échapper à la honte : elle veut cacher sa grossesse, et elle le fera malgré les tours ; du reste, le nombre des avortements dont est saisie la justice ne va pas en

augmentant. Le tour ne préviendra pas les manœuvres abortives; cet argument est sans valeur pour le rétablissement des tours.

2° Mort-nés. — Il n'y a aucun rapport entre le tour et les mort-nés. 487 mort-nés sont venus au jour dans le service de M. Delore sous son inspection, par le fait d'une mauvaise grossesse, d'une dystocie, de la syphilis, ou d'une autre maladie. Il les a tous examinés avec la plus grande attention, aucun ne portait des traces de tentative criminelle.

4° Expositions. — Elles décroissent en France et surtout depuis 1860. Le tour ne pourrait que les faire augmenter.

5° Mortalité. — C'est la question la plus importante. M. Delore la discute avec l'autorité que lui donne l'expérience. Les tours ont donné une mortalité effrayante; 60 0/0 d'après Benoiston de Chateauneuf; 67 0/0 d'après Villermé; 62 0/0 pour Lyon; 98, 050/0 dans la Seine-Inférieure!

Ces chiffres dispensent de tout commentaire. Par un calcul bien simple, l'auteur arrive à démontrer que pour sauver une vingtaine d'enfants on en ferait périr plusieurs milliers par an. Plus de 300,000 enfants ont été sauvés depuis la suppression des tours!

QUESTIONS MORALES ET SOCIALES. Avec les tours on place, dit-on, l'enfant dans un milieu meilleur; sans les tours l'enfant a le mauvais exemple d'une mère qui vit dans l'inconduite, c'est là un point de vue dont l'importance n'échappera à personne. Cependant il ne faut pas exagérer le mal. Elles sont nombreuses les mères qui après une première faute reviennent à une vie sage et régulière. Laissons l'enfant à la mère suivant la loi de la nature; souvent aussi l'enfant moralise la mère, la présence de ce petit être faible et gracieux, inspire des sentiments inconnus et le mariage est la conséquence du réveil des facultés morales.

Le secret est dû à la fille qui devient mère à la suite d'une faute, sans doute; mais ce secret est-il donc l'apanage exclusif des tours? Ne le trouve-t-on pas journellement chez les médecins, les sages-femmes, dans les bureaux de secours, dans les hôpitaux?

Là du moins, on n'a pas à redouter que la fille mère abandonne son enfant et se présente ailleurs comme nourrice dans un but de spéculation.

Le tour détruit le sentiment maternel. C'est là un fait qui s'impose de lui-même.

Le tour est la ruine de l'allaitement maternel dont le Dr Brochard s'est fait le champion pour le plus grand bien de la morale et de la repopulation.

Avec le tour, les nourrices manqueront et il faudra employer le biberon. C'est un mode d'élevage funeste; il a été jugé.

Enfin le nombre des abandons augmentera dans des proportions terribles; l'épreuve en a été faite. De plus le tour favorise l'abandon d'un certain nombre d'enfants légitimes et les conséquences de cet abandon sont des plus graves.

Jusqu'ici l'auteur a examiné tous les arguments soulevés pour ou contre le tour, il va maintenant proposer le meilleur système pour résoudre tous les problèmes de la grossesse illicite.

Tout en combattant le rétablissement des tours, M. Deiore, qui est bien à même de l'apprécier, ne considère pas l'assistance actuelle des enfants comme l'expression la plus parfaite de la bienfaisance sociale.

Elle présente de sérieux inconvénients; mais il est possible de la perfectionner.

L'État devra se désintéresser des détails d'un service trop minutieux pour lui et abandonner aux commissions hospitalières de chaque département la direction et la tutelle des enfants assistés.

L'assistance commencerait avant la naissance de l'enfant pour les filles grosses et ce serait le plus sûr moyen de prévenir les avortements et les infanticides. Cette assistance pourrait se faire dans les asiles départementaux, ou mieux à domicile et chez les sages-femmes pour éviter l'agglomération.

Les enfants seraient nourris autant que possible par la mère dans des crèches lorsque la mère aurait une profession ; dans les asiles quand la mère qui nourrit, est dépourvue de moyens d'existence. On devra développer les attributions et le rôle des sociétés protectrices de l'enfance, encourager l'allaitement maternel, même par des ressources pécuniaires, car ce n'est pas à la mère qu'on donne, c'est à l'enfant ; abroger l'article 340 du Code civil qui interdit la recherche de la paternité et confier l'inspection des enfants aux médecins, sans cependant en exclure les hommes de talent qui ont fourni leurs preuves de compétence dans cette matière.

Telle est en substance l'opinion de M. Delore sur la question des tours. Nous ne terminerons pas cette analyse, sans revenir sur un point de ce travail qui nous a semblé original et étudié à fond.

M. Béranger dans son rapport au Sénat donne une statistique des crimes commis contre les enfants par périodes de cinq années de 1826 à 1875. En regard, il donne comparativement pour les mêmes époques le nombre des homicides.

Dans ce tableau l'honorable rapporteur conclut que les crimes contre les enfants sont triplés et il en rend la fermeture des tours responsables, c'est là une erreur ; de 1826 à 1830, moitié moins d'infanticides et treize fois moins d'homicides que dans la période de 1861 à 1865 ; donc, les infanticides n'ont pas une progression innéluctable avec la signification qu'on voulait lui donner.

Mais ce n'est pas avec l'homicide qu'il faut comparer l'infanticide : M. Delore nous fait voir que ce ne sont pas des crimes de même ordre, engendrés sous l'empire des mêmes sentiments mauvais.

Quand une mère tue son enfant, ce n'est pas la haine ni la cupidité qui l'y poussent; c'est l'inquiétude de l'avenir, c'est la crainte du déshonneur; c'est l'absence d'énergie et l'abaissement des idées morales et religieuses; or, quel est le crime qui naît sous l'empire de pareils sentiments? C'est le suicide.

L'auteur donne un tableau où l'on voit la progression du suicide qui va toujours en augmentant et marche plus rapidement que les infanticides, ce qui lui permet de conclure que si le nombre des infanticides augmente, il faut en chercher la raison ailleurs que dans la fermeture des tours.

TRAVAUX ÉTRANGERS SUR LA SYPHILIS, par le Dr P. SPILLMANN, professeur agrégé à la faculté de médecine de Nancy.

I. — *Anatomie pathologique.*

Si les recherches du professeur Klebs (*Prag. med. Wochenschr.*, III, 44, 1878) venaient à être confirmées, elles constitueraient une véritable révolution dans l'histoire de la syphilis. Dans un travail intitulé : « *De l'inoculation de la syphilis aux animaux et de la nature du contagium syphilitique*, Klebs cherche à prouver que le virus syphilitique est constitué par des champignons spéciaux (hélico-monades), qu'il aurait trouvé d'une manière constante dans les indurations initiales de la maladie. Il admet du reste que toutes les maladies spécifiques sont provoquées par des organismes spécifiques.

Se basant sur des recherches antérieures entreprises

dans le but d'élucider la pathogénie des maladies infectieuses, Klebs a cherché à inoculer la syphilis, non seulement à l'aide de portions de tissus morbides provenant de sujets infectés, mais encore par l'intermédiaire des parasites végétaux qu'il a découverts dans ces tissus et que l'on peut obtenir à l'aide de la culture. C'est ainsi qu'il a inoculé des portions de chancre huntérien excisé; le liquide qui imprégnait ces tissus renfermait des cellules arrondies en grand nombre et des bâtonnets doués d'un mouvement très lent. En cultivant ce liquide sur de la gélatine (procédé de l'auteur) on obtient au bout de quelques jours des tapis de champignons; qui disposés d'abord sous forme d'anneaux finissent par se réunir les uns aux autres en s'enchevêtrant. Klebs a pratiqué des inoculations sur des animaux depuis trois ans, mais il n'a jamais obtenu de résultat décisif que chez le singe.

La première expérience suivie de résultats, fut pratiquée le 8 juillet 1875. Un singe fut inoculé en deux points différents avec du liquide provenant de culture. Vers le milieu du mois d'août cet animal présenta à la langue, dans la cavité buccale, aux gencives, une série d'ulcérations circonscrites, en tous points analogues aux ulcérations syphilitiques. Le professeur Pick, bien connu par ses travaux sur la syphilis, constata également la forme caractéristique de ces ulcérations. L'autopsie du singe fut pratiquée le 1^{er} septembre 1875; on trouva des dépôts caséeux étendus entre la dure-mère et la voûte crânienne; ces dépôts ressemblaient comme nature et comme siège à des syphilomes. A l'examen microscopique on trouva, outre des cellules fusiformes fort nombreuses, des bâtonnets et des filaments analogues à ceux qui avaient été obtenus par la culture. Il existait en outre des foyers caséeux étendus et des infiltrations conjonctives dans les poumons avec des dépôts de même nature sur les plèvres. Les reins présen-

taient plusieurs noyaux, les uns caséeux, d'autres fibreux du volume d'un pois.

Le 29 décembre 1877 on inocula directement à un autre singe parfaitement bien portant des portions d'un chancre huntérien qui venait d'être excisé. La plaie d'inoculation se cicatrisa sans présenter aucun signe de réaction inflammatoire ; les ganglions lymphatiques les plus voisins présentèrent seuls de la tuméfaction. L'animal resta bien portant, mais au bout de six semaines il fut pris de fièvre ; peu de jours après ces phénomènes fébriles on vit apparaître à la face, à la tête, et au cou une série de papules. Ces papules étaient caractérisées par un épaississement du derme qui présentait à ce niveau 2 à 3 millimètres d'épaisseur et une coloration d'un rouge brun ; au sommet de ces efflorescences l'épiderme se trouvait partiellement soulevé par une petite quantité de liquide séreux qui ne tardait pas à se dessécher. On ne vit apparaître d'ulcérations en aucun point ; une fois la fièvre disparue, les nodules se dissipèrent sans laisser aucune trace. Le 17 mai 1878 l'animal succomba sans avoir présenté de nouveaux phénomènes fébriles. A l'autopsie on trouva des lésions osseuses du crâne qui rappelaient en tous points les altérations syphilitiques des os. Les poumons renfermaient, comme dans le premier cas, des noyaux caséeux et des tractus fibreux étoilés, constitués par du tissu conjonctif chargé de cellules fusiformes. Dans les reins les lésions étaient caractéristiques ; ces organes étaient parsemés de noyaux à consistance gélatineuse, faisant saillie à la surface de l'organe et s'étendant en pointe jusqu'aux bassinets. Ces noyaux ne renfermaient aucun produit caséeux ; ils étaient exclusivement composés de tissu interstitiel et de nombreuses cellules fusiformes. En somme leur structure rappelait en tous points celle des syphilomes et n'offrait aucune analogie avec le tubercule.

Le sang de l'animal fut cultivé, au bout de quelques jours des champignons analogues à ceux qui avaient servi à inoculer le premier singe, se développèrent sur la gélatine. Klebs considère ces champignons, qu'il désigne du nom d'hélicomonades, comme les agents de transmission de la syphilis.

Si les expériences de l'auteur viennent à être confirmées la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux deviendrait un fait réel.

Il y a là cependant une série de causes d'erreur. Ainsi il est prouvé aujourd'hui que la maladie décrite sous le nom de syphilis du lièvre (*Virchow's Archiv. vol. 59, cahiers 3 et 4*) n'est autre que la tuberculose. On sait combien les singes sont sujets à cette maladie ; de plus on a dû remarquer que les animaux inoculés n'avaient présenté aucun accident initial ; quant aux noyaux développés dans les parenchymes quelques semaines seulement après l'infection peuvent-ils être comparés aux accidents tertiaires de la vérole qui ne surviennent chez l'homme qu'à une époque beaucoup plus reculée ?

Cutter (*Chicago Journ. juli 1878*) prétend également que le virus syphilitique renferme un parasite végétal.

Du reste la tentative de Klebs n'est pas nouvelle. En 1872 Losterfer (*Arch. f. Dermat. u. syph.*) avait prétendu trouver des corpuscules spécifiques dans le sang des syphilitiques : son erreur fut facile à démontrer.

Le Dr Unna, de Hambourg (*Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph. 1878, p. 543*) a étudié plus spécialement les caractères anatomiques de l'induration initiale de la syphilis. Il considère l'hypertrophie de la portion fibrillaire du derme comme l'origine de cette induration. Cette hypertrophie s'étendrait aux faisceaux conjonctifs des tuniques adventices des vaisseaux ; les fentes lymphatiques disparaîtraient sous l'influence d'une prolifération de cellules rondes ; un

véritable réseau vasculaire sclérosé serait ainsi constitué.

L'endartérite oblitérante aiguë, telle qu'on l'observe dans l'induration initiale de la vérole, ne serait pas caractérisée au début par une prolifération endothéliale. Par contre les vaso-vasorum sont pris d'une manière constante et dès le début de la maladie ; ils peuvent donc être considérés comme le point de départ de l'altération. Cette endartérite primitive, initiale, se distinguerait facilement de l'endartérite chronique, oblitérante. La sclérose présenterait une disposition radiée (jamais concentrique) et aucune trace d'organisation.

Les vaisseaux s'oblitéreraient également par un autre procédé, celui de l'artérite granuleuse ; cette infiltration cellulaire s'observerait dans les petits vaisseaux et surtout dans les capillaires.

L'induration primitive se transforme plus tard en gomme ; ces dernières se présenteraient alors sous forme de granulations miliaires, emprisonnées dans un tissu conjonctif ancien et sclérosé ; le centre de ces gomme ne tarderait pas à subir la dégénérescence caséuse et renfermerait des cellules géantes nombreuses ; ces derniers éléments ne se retrouveraient jamais dans l'induration initiale.

Ce fait avait déjà été signalé par Browicz (*Riesenzellen in Syphilomen. Centrablatt f. med. Wissensch.* 1877, n° 19) qui avait rencontré des cellules géantes dans les gomme sans en observer jamais dans les accidents primitifs de la syphilis.

Le Dr Carl Huber (*Patologisch-anatomische Mittheilungen über Syphilis. Arch. f. Heilk.* XIX, p. 425, 1878) a publié un cas de gomme du rein et de lésion syphilitique du pancréas.

Les gommès du rein provenaient d'un homme de 35 ans chez lequel on trouva, entre les lésions des reins, des gommès de l'arachnoïde, de la dure-mère spinale, du tibia, etc.

Cette observation est remarquable en ce sens que les reins présentaient, outre les gommès, tous les caractères microscopiques et histologiques d'une inflammation parenchymateuse. L'alliance de ces deux processus morbides, généralement séparés, est intéressante à signaler.

Quant à la lésion du pancréas, elle fut trouvée chez une petite fille, morte peu de jours après sa naissance avec un pemphigus des extrémités, des lésions syphilitiques du foie et des poumons, etc. Le pancréas présentait un allongement d'un tiers ; il avait un diamètre transversal double de celui qu'il offre à l'état normal ; le parenchyme était ferme, résistant, mais non induré. A l'examen microscopique fait après durcissement dans l'alcool, et coloration par l'hématoglobuline, on trouva un développement fort incomplet du parenchyme glandulaire ; les acinis n'avaient pas les caractères de développement qu'ils ont à cet âge ; ils étaient petits, rares (processus atrophique, d'arrêt, spécial à la syphilis). Les acinis étaient écartés, refoulés par un tissu très riche en cellules. Ce tissu, ressemblant à du tissu de granulation, renfermait des capillaires nombreux ; au-dessus de cette couche cellulaire, intimement unie au tissu glandulaire, se trouvait une autre couche, nettement distincte, formée de tissu conjonctif résistant ; cette couche renfermait peu d'éléments cellulaires, quelques noyaux allongés, fusiformes, et presque pas de vaisseaux.

II. — Pathologie.

Edward Cock (*A few remarks on primary syphilitic sores. Guy's hospital reports*, série III, vol. xxii) a observé

1,000 chancres indurés dans ces dernières années. Voici les conclusions de son travail.

1) L'étendue de l'induration chancreuse n'est pas en rapport avec l'intensité de l'infection; elle dépend uniquement de la composition du tissu sur lequel repose le chancre. C'est ainsi que l'induration s'étend facilement dans les tissus mous; le contraire a lieu pour les tissus résistants. Les chancres les plus étendus siègent au prépuce; les plus petits sur le gland, les moyens sur le frein ou la verge.

2) L'étendue de l'induration initiale n'est pas en rapport direct et proportionnel avec les symptômes généraux ultérieurs. Ces derniers paraissent être cependant d'autant plus intenses que l'induration est plus rapprochée de la racine de la verge.

*Combien de modes d'infection n'a-t-on pas cités pour la syphilis? Zeissl (*Allg. Wiener med. Zeitung* 1878, n°s 3 et 4) signale à ce sujet trois observations intéressantes.

Un malade, âgé de 28 ans, souffrant depuis deux mois environ, ne présentait aucune lésion des organes génitaux, et aucune trace d'infection. Les ganglions inguinaux étaient intacts. La surface du corps était recouverte d'un exanthème pustuleux spécifique. A la face dorsale du pouce de la main gauche on trouva au niveau de la portion de peau qui tapisse l'articulation métacarpophalangienne une cicatrice du volume d'une fève, très-déprimée, en partie infiltrée, dure au toucher; hyperémie et à surface inégale. Cette cicatrice provenait d'une morsure qui avait été faite à ce niveau quatre mois auparavant; la plaie s'était cicatrisée; mais s'était réouverte spontanément un mois après. Cette plaie avait été évidemment l'origine de l'infection syphilitique; le ganglion épitrochléen était du reste encore fortement engorgé de ce côté. L'homme qui

avait mordu ce malade était sans doute porteur de plaques syphilitiques aux lèvres.

Chez une autre malade un chancre induré, suivi d'induration de la glande sous-maxillaire, s'était développé sur la joue droite à la suite d'un baiser reçu sur cette partie ; une éruption papuleuse généralisée ne tarda pas à se développer dans les limites de temps voulues.

Enfin, chez une autre femme Zeissl observa un chancre du sein avec engorgement ganglionnaire considérable de l'aisselle correspondante. La malade avoua que son amant avait mordillé et sucé longtemps le sein à ce niveau.

Les journaux de Vienne renferment plusieurs travaux intéressants sur le lupus syphilitique (*Jahrbuch f. praktische Aerzte*. P. Guttmann, 1879).

Kaposi (*Ueber den sogenannten Lupus syphiliticus*. *Wiener med. Wochenschr.* 1877, n°s 30 à 32) rejette l'expression de lupus syphilitique donnée par quelques auteurs. Il n'admet pas le mélange du lupus et de la syphilis, bien que le diagnostic entre ces deux lésions soit souvent fort difficile. Voici du reste les signes différentiels indiqués par l'auteur.

1) Les ulcérations du lupus, de même que les ulcérations syphilitiques sont souvent arrondies, à bords nettement découpés ; mais elles sont également plates et peu ou à peine douloureuses. Les bords et le fond du lupus sont flasques, rouges, couverts de granulations, facilement saignant. Les ulcérations syphilitiques, par contre, sont très douloureuses ; leurs bords et leur fond sont infiltrés, épaissis, lardacés.

2) Quand un lupus se développe, ou qu'il récidive, il se présente sous forme de petits noyaux du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, profondément im-

plantés dans le chorion ; jamais il n'offre au début de noyau volumineux, proéminent. Ce noyau se développe au bout de quelques mois par la fusion et la prolifération de petits nodules isolés. Dans la vérole, au contraire, on observe de gros noyaux saillants, qui apparaissent brusquement comme coulés dans un moule.

3) Jamais les noyaux isolés du lupus ne progressent d'une façon constante vers la périphérie pour s'ulcérer ; le contraire a lieu pour la syphilis.

4) La marche du lupus est plus chronique.

5) Jamais l'auteur n'a observé de destruction des os du nez ou de perforation de la voûte palatine produite par le lupus ; la syphilis provoque souvent ces lésions.

6) Le lupus apparaît d'une manière constante dans la plus tendre enfance ; la vérole se développe à tout âge.

7) Les noyaux syphilitiques récents et ulcéreux disparaissent en général facilement sous l'application d'un emplâtre mercuriel. Le lupus, au contraire, résiste au traitement antisypilitique. On peut enlever facilement les noyaux du lupus en les râclant avec une curette. Ils fondent littéralement sous l'action du nitrate d'argent.

Certains auteurs prétendent que le lupus a une grande analogie avec la syphilis, parce que cette dernière maladie sert pour ainsi dire de base à la première. Kaposi s'élève fortement contre cette assertion. Ni lui, ni Hebra n'ont observé dans la même famille deux enfants, dont l'un fût porteur d'un lupus et l'autre d'un accident syphilitique. Il cite également l'observation d'une femme atteinte d'un lupus type, et qui présenta à un moment donné une roséole syphilitique et des papules secondaires aux organes génitaux. En somme, le lupus pourrait exister sur un même individu simultanément avec la vérole, de même que la syphilis peut se développer à côté du scabies.

Auspitz (*Ueber Lupus syphiliticus und scrophulosus*, *Wiener med. Presse*, 1878, n^{os} 3 et 4) a cherché à combattre les opinions de Kaposi en se plaçant sur le terrain scientifique et pratique. Il range le lupus parmi les granulomes dont quelques-uns offrent une grande résistance à la nécrobiose. Les granulomes ne possèdent pas cette propriété (chronicité) à toutes les périodes de leur développement ; mais tous peuvent la présenter.

Les caractères indiqués par Kaposi, en admettant toutefois qu'ils fussent exacts, ne s'adaptent qu'à des cas types.

Lang (*Lupus, Syphilis und Flächenkrebs*, *Wiener med. Presse*, 1878, n^o 63) combat à son tour les assertions d'Auspitz et se range de l'avis de Kaposi. Il étudie également à ce sujet les caractères du cancer en nappe.

A propos des complications du lupus, il signale la syphilis, tout en insistant sur ce fait que les gommés syphilitiques pourraient, mais n'ont jamais été observées dans les infiltrations du lupus. Le carcinome peut se développer dans un lupus ; jamais, par contre, on n'a signalé de carcinome se développant dans le centre d'une ulcération syphilitique.

Zeissl, dans un important travail, sur les difficultés du diagnostic des affections spécifiques (*Wien. med. Zeitg.*, 1878, n^{os} 19-21), étudie successivement les caractères des gommés, du lupus, des sarcomes, des carcinomes, de la lèpre et des ulcérations tuberculeuses. L'histologie, dit-il, ne nous a pas encore fourni de signes différentiels assez nets entre ces différentes lésions ; force est donc de recourir à la clinique pour éclairer le diagnostic. L'auteur oppose la gomme syphilitique de la peau (lupus syphiliticus d'Auspitz) au lupus vulgaire et lui assigne les signes suivants :

1) Elle siège dans le derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

2) Elle est douloureuse ;

3) Elle est souvent accompagnée d'ozène syphilitique ;

4) Elle donne lieu à des cicatrices étendues et profondes ;

5) Dans le lupus syphilitique héréditaire, le voile du palais est généralement ulcéré.

Dans le lupus vulgaire, par contre :

1) Il existe une réaction très vive au pourtour des noyaux et des ulcérations ; elles sont fréquemment le siège de rougeurs érysipélateuses ;

2) Les noyaux et les ulcérations sont indolents ;

3) Les os propres du nez ne sont pas atteints généralement ;

4) Les cicatrices ne sont pas généralement formées par des tractus allongés ;

5) Il n'y a pas d'ulcération du voile du palais.

En comparant la gomme au cancer multiple de la peau, (sarcoma melanodes) on voit qu'elle présente :

1) Des noyaux sphériques ;

2) Siégeant habituellement au niveau de la peau et aux extrémités ;

3) Ces noyaux disparaissent souvent par résorption ;

4) Ils se désagrègent ;

5) A l'examen anatomique, on observe des noyaux à constitution embryonnaire, et dont le liquide intercellulaire, peu abondant, ressemble à la gomme.

Le cancer multiple de la peau (sarcoma melanodes) :

1) N'a jamais de forme sphérique. Il est plus aplati ;

2) Il existe surtout au tronc ; jamais à la face ;

3) Il disparaît rarement par résorption ;

4) Il s'ulcère rarement ;

5) A l'examen anatomique, on observe un tissu fibreux, arrêté dans son développement et chargé de pigment.

Le diagnostic différentiel du cancer et des lésions syphilitiques de la langue est plus difficile. Ici encore il faut se baser sur la clinique. La gomme de la langue a une marche fort lente. Le carcinome envahit rapidement, les glandes salivaires avoisinantes deviennent énormes, douloureuses. Les glandes salivaires sont rarement compromises dans la glossite ulcéreuse spécifique ; elles ne suppurent qu'exceptionnellement. Les affections spécifiques de la langue sont généralement liées à des lésions de même nature de l'épiglotte ; ce fait n'est pas la règle dans le carcinome.

On prend souvent pour un accident syphilitique, l'épaississement de l'épithélium lingual ; or, cette maladie offre les symptômes suivants :

- 1) Pas d'infiltration ;
- 2) Pas de douleurs ;
- 3) Pas d'ulcération ;
- 4) Tout au plus un peu d'exfoliation de l'épithélium.

5) Généralement cette maladie est congénitale. Elle peut être provoquée par la présence de dents cariées, par le tabac, etc.

L'auteur consacre quelques lignes à l'alopecie spécifique. Elle se distingue facilement, de l'alopecie sénile prématurée, qui s'étend uniformément à la périphérie. En effet, l'alopecie syphilitique se présente simultanément sur plusieurs points du cuir chevelu ; elle attaque les sourcils et la barbe. Les portions dénudées, bien que pouvant être très voisines l'une de l'autre, n'en restent pas moins longtemps isolées. En examinant ces parties au microscope, on observe une atrophie des anses vasculaires des papilles. Ce fait est confirmé par l'examen à l'œil nu ; en effet, les parties dénudées sont très manifestement déprimées. Au niveau du bord, par contre, les cheveux sont vigoureusement implantés et serrés ; c'est qu'il se produit en effet à ce ni-

veau une hypertrophie des papilles. Ici, comme dans d'autres organes, la syphilis provoque une prolifération périphérique et une dépression (atrophie) centrale.

Le professeur V. Sigmund a publié un travail intéressant sur l'étude de la syphilis acquise à un âge avancé (*Wiener med. Wochenschrift*, 1878, n^{os} 21, 22, 27, 31). Il a étudié une série de cas après 45 ans, chez la femme, après 55 ans chez l'homme. Le nombre des sujets observés a été de 118. La période d'incubation, et celle du développement des lésions primitives des accidents consécutifs seraient beaucoup plus longues que chez les sujets jeunes; le traitement spécifique aurait également une action beaucoup plus lente. L'induration chancreuse apparaît de la quatrième à la sixième, l'adénite de la septième à la huitième semaine. Les lésions de la peau et des muqueuses de la première période apparaissent aussi tardivement; cette période dure parfois de 4 à 5 mois; puis le mal reste latent pendant 3 à 4 mois et l'on voit alors survenir des érythèmes sous forme d'anneaux, de demi-cercles, de papules, etc. Ces poussées tenaces s'observent parfois pendant des années.

L'induration primitive se présente rarement sous la forme d'un noyau infiltré; généralement la lésion est superficielle, bien dessinée, et recouverte de dépôts diphthériques. Ce fait peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Il se produit parfois, mais rarement, un ramollissement purulent avec ulcération cratériforme. Le chancre siège fréquemment sur le feuillet interne ou sur le bord du prépuce; chez les individus circoncis, on l'observe au niveau de la peau, ou à la racine de la verge. L'éruption secondaire n'est pas accompagnée de fièvre en règle générale; on observe par contre de l'insomnie, des malaises, de la céphalalgie, des vertiges, des crampes; ces troubles sont du reste passagers.

Sigmund n'a observé de gommes chez aucun de ses malades. En règle générale, la syphilis ne semblait pas avoir d'action bien nuisible sur l'état général. Les hommes étaient sujets aux furoncles et aux anthrax.

L'auteur n'a pu rencontrer aucun cas de réinfection.

Les accidents de la bouche, surtout ceux de la langue, étaient les plus tenaces.

Quant au traitement, il est généralement bien supporté.

En résumé, la syphilis acquise à un âge avancé semble se présenter sous une forme plus simple, plus bénigne et se terminer plus favorablement que dans le jeune âge.

Düsterhoff (*Arch. f. klin. Chirur.*, XXII, p. 635-675, et 901 à 938) a étudié l'influence de la syphilis sur la marche des plaies par armes à feu. Voici le résumé de cet important travail :

1) Les formes contagieuses de la syphilis n'ont, en général, aucune influence sur la marche des plaies ;

2) Les contusions, les plaies, etc., de la surface du corps peuvent devenir le siège d'efflorescences syphilitiques, au moment de la période de contagion ;

3) Les traitements énergiques, débilissants institués pour combattre la syphilis sont en général plus nuisibles que la syphilis elle-même.

4) La syphilis latente entrave la marche de la guérison ;

5) L'induration primitive n'empêche pas la guérison par première intention d'une plaie située dans son voisinage ;

6) Il est absolument nécessaire qu'un traitement complet ait été institué avant de pratiquer une opération d'autoplastie.

7) La syphilis tertiaire constitue une mauvaise condition de guérison des plaies.

Signalons également un mémoire de Schuster (*Wierteljahrssch. f. Dermat., und Syph.*, 1878, vol. II, p. 211) sur la marche et le traitement de la syphilis nasale.

Il propose l'extirpation chirurgicale des parties malades.

Enfin Lewin (*Charité, Ann.*, IV, 1879, p. 618) vient de faire paraître un travail fort intéressant sur les affections syphilitiques des phalanges des doigts et des orteils (phalangitis syphilitica). Cette affection est fort rare. L'auteur en a observé 3 cas sur 4000 malades. Il en a recueilli 27 autres observations dans la science. Il décrit la phalangite ostéomyélitique, qui s'observe chez les nouveau-nés, et la forme périostale qui ne se rencontre que chez l'adulte.

SYPHILIS VISCÉRALE.

Philipson (*The Lancet*, 1878, 30 mars) a publié deux cas de paraplégie syphilitique.

Le premier malade, âgé de 35 ans, se plaignait depuis 6 mois d'un affaiblissement général; douleurs lombaires, fourmillements dans les jambes, bientôt suivis de paralysie des membres inférieurs. La sensibilité était normale, incontinence d'urine et des matières fécales.

Le malade avait contracté la syphilis cinq ans auparavant. A l'époque de son entrée, il portait des tumeurs ganglionnaires indolentes.

Traitement : iodure de potassium. Au bout de trois mois, le malade pouvait quitter l'hôpital, guéri.

Le deuxième malade, âgé de 30 ans, souffrait depuis cinq semaines d'incontinence d'urine, de faiblesse dans la région lombaire et de paralysie des membres inférieurs. Syphilis datant de 7 ans. Au bout de 2 mois de traitement par l'iodure de potassium, le malade était assez fort pour

quitter l'hôpital. L'auteur admet qu'il s'agissait dans les deux cas d'une hyperémie de la moelle et des enveloppes. L'inconstance des symptômes et des troubles de motilité, l'exacerbation des douleurs musculaires le soir, prouveraient en faveur du diagnostic.

Cunningham Russel (*Journ. of ment. sc.*, janvier 1879) décrit des lésions spécifiques des artères cérébrales accompagnées d'anévrysmes et de dilatations anévrysmales.

Il s'agit de deux cas dans lesquels l'auteur a retrouvé les lésions décrites par Heubner. Les parois artérielles étaient très épaissies, et quelques territoires vasculaires presque complètement obstrués, surtout à la base. Plusieurs vaisseaux présentaient des anévrysmes du volume d'un pois ; ces anévrysmes étaient arrondis, résistants, et présentaient à la coupe, une structure identique à celle des parois artérielles épaissies. Il y avait simultanément, dans le premier cas, une arachnite gommeuse et une pachyméningite de la convexité.

La marche clinique de la maladie ressemblait à celle de la paralysie progressive.

Les affections spécifiques de l'œil ont donné lieu à de nombreux travaux.

Alexander (*Berlin klin. Wochenschr.*, 1878, n° 21) décrit une paralysie unilatérale de l'accommodation avec mydriase de nature syphilitique ; il rapporte 7 observations.

E. Fuchs (*Klin Monatsblätter f. Augenheilk.*, 1878) a publié une note sur la tarsite syphilitique.

Königstein (*Wien. med. Presse*, 1878, n° 18) a observé un cas de paralysie de tous les muscles de l'œil survenue à la suite de la syphilis.

La syphilis pulmonaire devient décidément à l'ordre du jour.

Colomiati (*Turin, monographie*, 1877), Mac Sané Tiffany (*Amer Journ.*, n° 8, 147, p. 90), Ramdohr (*Arch. f. Heilkunde, f. u. b. Hft.*, p. 417), Schnitzler (*Wiener, med. W.*, 1879, 2), Reginald E. Thompson (*The Lancet*, 13 avril, p. 328), Sacharjni (*Berl. klin. Wochen.*, 3), Pawlinoff (*Virchow's Arch.*, vol. 73, p. 162), Langerhans (*Virch. Arch.*, 73, p. 184), Thompson (*Lancet*, 13 avril 1878), ont tous publié des observations de pneumonie ou de phthisie syphilitique avec les considérations sur le diagnostic et le traitement de cette maladie.

Les altérations du larynx ont été étudiées par Sommerbrods (*Berl. klin. Wochenschrift.*, 1878, n° 23). Cet auteur a publié un travail sur les rétrécissements cicatriciels membraniformes du larynx dus à la syphilis. Il affirme que les lésions syphilitiques du larynx, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose, ne sont accompagnées que de douleurs très légères. De là le danger de ces altérations.

L'auteur insiste sur la production de membranes cicatricielles qui obturent parfois le larynx sous forme de véritables diaphragmes. Il a réuni 21 observations de ce genre. La voix est altérée; il y a de la dyspnée, mais elle n'est pas en rapport avec la lésion. Ces membranes siègent généralement au niveau des cordes vocales inférieures; elles se produiraient par l'adjonction de deux ulcérations opposées.

Le traitement consiste à inciser ces membranes; mais elles peuvent se sonder à nouveau. Schrötter a pratiqué avec succès la perforation du voile membraneux à l'aide d'un galvano-cautère.

Klemm (*Arch. f. Heilkunde 1 Hft*, p. 44, 1878) a fait

des recherches sur la syphilis de l'épiglotte. Les lésions apparaîtraient à partir de la troisième année de l'infection. Il survient alors de la rougeur, des gonflements, des ulcérations superficielles, souvent même un abcès avec œdème et un rétrécissement consécutif. Dans ce dernier cas, on aurait recours à la dilatation rapide et au traitement spécifique.

Duret (*The London med. Record*, 15 février 1878) traite du même sujet et surtout de la laryngite syphilitique et de son traitement. Il propose les insufflations de poudres médicamenteuses, les cautérisations même à l'acide chromique (1/3) d'après Izambert, et enfin, dans les cas désespérés, la trachéotomie, quand il y a des gommès, des abcès, etc.

Les travaux publiés sur les altérations du tube digestif sont beaucoup moins nombreux.

Zeissl (*Wien. med. Presse*, 443, 44, 45, 46) a étudié les altérations syphilitiques de la langue. Son mémoire est une simple confirmation des idées émises par Fournier sur le même sujet.

Warfring et Blix (*Hygiea*, 1878, 2, 3) ont publié sous le nom de syphilis intestinale l'observation d'un malade de 37 ans, ancien syphilitique, qui était atteint depuis deux ans de diarrhée avec mélange de pus dans les selles. Avant la mort on constata la présence de l'albumine dans les urines. Il existait deux ulcérations annulaires dans le rectum.

A l'autopsie on trouva 75 ulcérations arrondies dans l'intestin grêle; elles étaient toutes en forme d'anneau, et avaient environ 4 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Les sommets des poumons renfermaient des noyaux caséux. Mais est-ce bien là de la syphilis ?

Syphilis héréditaire.

Dans un travail sur l'immunité de la mère, qui donne naissance à des enfants syphilitiques, Nevins-Heyde (*Archiv of. Dermat.*, 1878, IV, n° 2) combat l'opinion des auteurs qui admettent la contamination nécessaire de l'élément maternel.

Il cite, entre autres, l'observation d'un homme de 34 ans, qui fut atteint d'un chancre induré en 1866.

Se croyant guéri après un traitement interne, il épousa au bout d'une année une jeune fille saine. En 1871 il a des accidents spécifiques qui disparaissent après traitement. En 1869 sa femme était accouchée d'un enfant mort-né, en 1874 d'un enfant très débile, qui présenta des accidents spécifiques au 3^e mois, mais bien que délicate, se rétablit tant bien que mal. En 1875, naissance d'un nouvel enfant, jusqu'alors bien portant. La mère, observée pendant 6 années consécutives, n'aurait jamais présenté aucun accident spécifique. Mais on sait combien de fois ils échappent à l'examen, existant chez la femme !

L'auteur cherche à expliquer l'immunité de la mère par une sorte d'indépendance dans laquelle se trouverait l'ovule vis-à-vis de l'organisme de la mère. Il signale à l'appui de son opinion les cas de variole ou de trichinose dans lesquels des mères contaminées donnent naissance à des enfants sains. Il s'agit cependant là d'un fait tout à fait inverse.

Seiler (*Deutsche Zeitschr f. pract., medic.*, 1878, n° 47) distingue la syphilis héréditaire tardive, de la syphilis héréditaire des nouveau-nés :

1^o Parce que les premiers accidents n'apparaissent pas avant la 4^e année.

2^o Parce qu'ils présentent dès le début les caractères de

la syphilis tertiaire, et 3^o guérissent souvent spontanément comme les gommes de la syphilis acquise.

Cette forme spéciale de syphilis (forme tertiaire), se transmettrait d'après d'autres lois que la syphilis héréditaire ordinaire, et présenterait en cela quelques analogies avec la scrofule.

L'auteur joint 8 observations à l'appui de son travail. La première a trait à une jeune fille de 21 ans, atteinte d'une gomme de la cuisse. Sa mère portait une gomme de la voûte palatine au moment de la naissance de cette enfant. Dans les autres observations, il s'agit de gommes du front, de rhinites, d'ulcérations serpiginieuses, de gommes de la peau. Les malades avaient de 7 à 20 ans. Dans tous ces cas, il fut facile de prouver que la mère était atteinte d'accidents tertiaires au moment de la conception.

Laschkewitz (*Vierteljahrsschrift für Dermat. u. Syph.*, 1878, *Heft* 2, p. 269) a traité le même sujet. Dans une communication faite à Charkow, il cherche à démontrer que la syphilis pourrait être la cause des kératites, des affections osseuses (hyperostoses) et d'une série d'autres maladies que l'on observe dans certaines familles dont un des membres a été atteint de syphilis.

Behrend (*Deutsche Zeitschr. f. pract. medic.*, 1878, n^o 25, 26) décrit, sous le nom de syphilis hémorrhagique, une maladie caractérisée par des ecchymoses qui se produiraient dans la peau, les tissus sous-séreux, les enveloppes cérébrales, les parenchymes des organes internes, et par des hémorrhagies ombilicales survenues à la suite de la chute du cordon. Il distingue en conséquence un purpura et une omphalorrhagie spécifiques. Ces deux accidents pourraient se produire séparément ou simultanément.

Suivent deux observations :

I. — Le père de l'enfant avait eu la syphilis il y a deux ans. — Absence d'accidents secondaires et de traitement mercuriel. L'enfant serait venu au monde à terme, bien développé et couvert d'une syphilide squameuse. Hypertrophie du foie et de la rate; chute du cordon le 4^e jour : cicatrisation rapide. La syphilide disparut sous l'influence de bains de sublimé, mais elle fut remplacée par de nombreuses pétéchies du volume d'une tête d'épingle qui disparurent à leur tour par le même traitement. L'enfant s'amaigrit rapidement et succomba 14 mois après avec toutes les manifestations de l'hydrocéphalie.

II. — Enfant à terme, mais qui succomba aussitôt après la naissance. Il était également couvert de pétéchies et d'écchymoses. A l'autopsie on trouva des lésions syphilitiques du foie, des poumons, de la rate et des os.

L'auteur signale ensuite deux cas personnels d'omphalorrhagie et plusieurs observations dues à d'autres auteurs.

Pour Behrend ces hémorrhagies seraient attribuables à la syphilis, puisqu'il n'existait dans aucun cas ni cachexie, ni hémophilie, ni anomalies du système circulatoire. Il explique les hémorrhagies par une friabilité spéciale des parois vasculaires, due à l'altération syphilitique du sang.

Güterboch (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1878, n° 40) signale des maladies spéciales des jointures, notamment des épiphyses, survenues chez des jeunes enfants atteints de syphilis héréditaire.

Dowse (*Med. Examiner*, n° 112, 1878) rapporte une observation de maladie syphilitique congénitale du système nerveux. Il s'agit d'une petite fille de 12 ans, dont le père était syphilitique. La mère avait avorté plusieurs fois et perdu plusieurs jeunes enfants.

La petite malade semblait jouir en apparence d'une bonne

santé. Elle fut atteinte à l'âge de 4 ans d'ophtalmie et d'ozène. A l'âge de 10 ans, elle tomba sans connaissance et resta dans cet état pendant quatre heures. A ce moment, on vit apparaître une éruption de tubercules spécifiques sur les parties latérales du nez : ces tubercules s'ulcérèrent et amenèrent une destruction partielle de l'organe. Ces lésions locales guériront; mais alors les troubles nerveux prédominèrent : céphalée, diplopie, perte de l'odorat, anesthésie de la moitié gauche de la face, paralysie faciale, etc. La 4^e et la 3^e paire de nerfs crâniens ne semblaient pas atteintes. Avant la mort survinrent des crises épileptiques, surtout limitées au côté droit.

A l'autopsie on trouva des adhérences entre la dure-mère et le cerveau; à ce niveau existaient des exsudats et des gomme, surtout nombreuses à la face inférieure du lobe antérieur. Les artères de la base présentaient toutes les altérations de l'endartérite spécifique. Le nerf trijumeau et le facial étaient gonflés, avaient une coloration rouge-foncée et une consistance gélatineuse. Le foie et la rate avaient subi la dégénérescence amyloïde. (A suivre.)

PHAGÉDÉNISME TERTIAIRE. — Conférence clinique du D^r FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.

M. le D^r Fournier a inauguré ses conférences dermatologiques par une étude de phagédénisme tertiaire.

Complication rare du chancre infectant, cet accident est, au contraire, fréquent aux époques tertiaires de la syphilis.

Bien qu'on puisse l'observer sur toute l'étendue des téguments externes et sur les muqueuses, le phagédénisme a pourtant certains lieux d'élection, tels que le visage, puis les membres inférieurs en deuxième ligne, et enfin le dos

et les organes génitaux. De toutes les muqueuses, celle de la gorge est le plus souvent frappée.

Les caractères de l'ulcération sont les suivants : ulcère creux, à bords taillés, toujours adhérents et non décollés comme ceux de la scrofule. Le fond est couvert d'un détritus pulpeux ; la suppuration est abondante, et le pus desséché forme des croûtes stratifiées volumineuses, d'un brun verdâtre, d'où le nom de croûtes *ostréacées* qu'on leur a donné.

Essentiellement malin de sa nature, le phagédénisme présente deux formes : la forme serpigineuse, ou envahissante, et la forme térébrante ou profonde.

Une forme du phagédénisme envahissant présente ce caractère pathognomonique, de détruire, à partir de son point de départ, des zones successivement concentriques. A mesure que les zones s'éloignent du centre, celui-ci se cicatrise. Beaucoup plus irrégulière dans sa marche, la forme serpigineuse proprement dite présente aussi ce caractère capital, de se réparer en arrière de ses points d'attaque.

Quant au phagédénisme térébrant, il creuse en profondeur, et peut arriver jusqu'aux os, dont il amène la nécrose.

La marche du phagédénisme est plus souvent rapide que chronique. Certaines affections, comme l'érysipèle, peuvent influencer favorablement le phagédénisme, mais le fait est loin d'être constant.

Le phagédénisme peut persister indéfiniment à l'état chronique, quoique le fait soit rare. Ailleurs le malade meurt emporté par les complications locales ou générales.

On conçoit donc, qu'à tous égards, cette maladie soit grave. Il est manifeste qu'il existe un état général de l'organisme, inconnu encore, qui favorise le phagédénisme ; en effet, souvent il a été précédé du phagédénisme chan-

creux ; il est de plus sujet à des récidives fréquentes ; enfin il frappe souvent plusieurs régions à la fois. — Le phagédénisme tertiaire doit être distingué de la scrofule et du cancroïde. Pour ce dernier, on se basera sur les considérations suivantes : commémoratifs, évolution plus lente du cancroïde qui souvent repose sur une tumeur, et qui a des bords indurés, engorgement des ganglions, influence nulle du traitement. Caractères qui manquent tous dans le phagédénisme tertiaire.

Pour certains cas douteux, où l'erreur pourrait être commise avec un chancre mou, on aura recours à l'inoculation.

Si dans quelques cas l'absence de traitement au début de la syphilis, la malpropreté, l'alcoolisme, la grossesse, peuvent expliquer cette complication, dans d'autres circonstances on n'a d'autre ressource que d'invoquer un état de prédisposition individuelle, inconnue dans son essence. Le virus syphilitique n'y est pour rien, le terrain qui le reçoit est tout.

Le traitement consiste à relever l'état général du malade, s'il est compromis, à donner le traitement spécifique à l'intérieur. Quant aux topiques locaux, on sera souvent forcé de les passer tous en revue, et cela sans en trouver peut-être un seul qui modifie avantageusement les ulcères.

CHRISY DIETERLEN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES RESPIRATOIRES DANS
LES LARYNGOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr M. KRISHABER.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les conclusions qui terminent le travail du Dr Krishaber, et qui le résument :

1° Les laryngosténoses syphilitiques se présentent à des époques extrêmement variables de l'infection;

2° Leur apparition tardive n'est pas une preuve constante des formes avancées de la syphilis, mais il en est ainsi le plus souvent;

3° Les lésions qui provoquent la laryngosténose dans la syphilis sont différentes, selon que l'apparition des troubles respiratoires a été brusque ou lente;

4° Le rétrécissement brusque est dû, de beaucoup le plus souvent, à l'œdème accompagnant les différentes manifestations spécifiques; le rétrécissement qui s'est produit lentement est dû le plus souvent à une inflammation hypertrophique ou végétante, d'autrefois à une coarctation cicatricielle, et le moins souvent à la formation d'une tumeur osseuse;

5° Les accidents respiratoires sont d'autant plus graves que les lésions qui les ont produits sont plus rapprochées de la trachée. Les lésions trachéales elles-mêmes sont souvent mortelles;

6° La forme lente peut se compliquer d'œdème et prendre brusquement un caractère d'acuité. Cette complication ne se produit pas fréquemment;

7° La forme brusque peut être victorieusement et rapidement combattue par le traitement spécifique et l'intervention chirurgicale être évitée, *alors même que l'asphyxie paraît imminente*;

8° Le traitement spécifique doit être porté dès le début à de très hautes doses, et être continué à doses décroissantes après la cessation des accidents respiratoires, sous peine de rechute;

9° La forme lente cède au traitement médical d'autant plus difficilement que son invasion a été plus insidieuse et plus prolongée;

10° Le rétrécissement produit lentement, s'arrête quel-

quefois spontanément, et la trachéotomie ne devient pas nécessaire ; mais il ne regresse jamais spontanément ;

11° Lorsqu'à la suite des coarctations cicatricielles il y a tendance à l'oblitération du larynx, elle s'effectue, *quoique l'on fasse* ; l'ouverture des voies aériennes et le maintien indéfini de la canule sont imposés dans ce cas ;

12° Les résultats de la dilatation mécanique du larynx n'ont pas encore reçu la consécration du temps ;

13° Les végétations syphilitiques du larynx peuvent être détruites ou extraites comme les végétations non diathésiques ;

14° Le diagnostic contre les végétations simples et les végétations syphilitiques peut s'établir assez aisément ; il n'en est pas toujours de même entre les végétations syphilitiques, tuberculeuses ou cancéreuses ;

15° La douleur est peu intense, la toux rare, dans toutes les formes de laryngosténose syphilitique ;

16° La conservation de la voix est compatible avec la gravité du mal ;

17° Sauf les cas de végétations le traitement local est sans utilité ;

18° Dans l'immense majorité des cas, le choix du traitement est à faire entre la médication spécifique et la trachéotomie (ou la laryngotomie). Dans certains cas les deux moyens trouvent leur emploi.

C. D.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOCÈLE GOMMEUX, par REYNIER, interne à Lariboisière. (*In Archives générales de médecine*, avril 1879.)

L'auteur de ce travail intéressant déclare tout d'abord ne s'occuper que des gommes circonscrites du testicule, laissant de côté, d'une part, la gomme diffuse, d'autre part, le sarcocèle scléreux (Fournier) appelé aussi orchite interstitielle (Cornil et Ranvier), albuginite syphilitique (Ricord), etc. Retraçant à grands traits l'histoire du sarcocèle syphilitique, M. Reynier arrive à la période, toute récente, où l'on est arrivé à porter un peu de clarté et de méthode dans l'étude de tant de faits en apparence contradictoires.

Est-ce à dire que la question soit vidée? Loin de là: La suppuration, et la formation de fungus syphilitiques sont, en particulier, des points encore très controversés.

Toutes les observations qui permettront d'élucider tel ou tel point, encore obscur, de l'évolution de ces gommes, seront certes les bienvenues. Déjà, en 1878 (*Progrès médical*) M. Terrillon a rapporté l'observation d'un cas de gomme du testicule qu'il incisa au moment où l'ouverture spontanée était imminente. Dans ce cas la guérison se fit sans fungus.

M. Reynier réunit aujourd'hui quatre observations, dont deux personnelles, et qui se rapportent à des cas de gommes suppurées sans productions de fungus vrai.

Rappelons ici que sous le nom de fungus, on a compris deux lésions fort dissemblables: un fungus formé par des

bourgeons d'apparence charnue implantés sur l'albuginée non perforée; c'est le fungus superficiel de Jarjavay; et un fungus constitué par une tumeur véritable faisant hernie à travers l'albuginée et dans laquelle on retrouve des tubes séminifères; c'est là le seul véritable fungus, la seule lésion qui mérite ce nom (Hennequin, Reynier, etc.).

Dans les quatre observations de M. Reynier la production gommeuse suppura sans amener la production d'un fungus vrai. A ce propos, l'auteur a recherché si cette absence de fungus ne se liait pas à des dispositions anatomiques de la tumeur; dans tous ces cas la lésion a semblé superficielle et a paru occuper seulement l'albuginée; tandis que les tumeurs qui aboutissent au fungus sont profondes: elles peuvent ulcérer l'albuginée qui se contracte lentement et les expulse insensiblement avec les tubes séminifères sous forme de fungus.

Les gommes superficielles arrivent plus vite à suppuration, mais l'albuginée non perforée protège la substance propre de la glande, en sorte que le fungus vrai ne se produit pas. Les gommes profondes sont plus fréquentes, mais elles suppurent rarement; par contre, ce sont elles qui, arrivées à la suppuration, amènent la production du fungus. Leur pronostic est plus grave que celui des premières, parcequ'elles amènent l'atrophie de la glande par expulsion partielle ou totale de sa substance propre. C. D.

DOUBLE FONGUS SYPHILITIQUE DES TESTICULES, GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT INTERNE, par M. le D^r MARC SÉE (*Gaz. hebdom.*, n° du 25 avril 1879).

Il s'agit, dans cette observation, d'un officier retraité qui entra le 13 avril 1878 à la maison municipale de santé, pour se faire soigner d'une double tumeur des bourses qu'il portait depuis plusieurs mois.

Ayant contracté un chancre syphilitique en 1843, le malade passa par tous les accidents secondaires, et finalement se crut guéri. En 1873, à six mois d'intervalle, apparition d'une double hydrocèle. En novembre de la même année, double ponction.

Trois mois après les ponctions, les piqûres faites par le trocart se rouvrent et donnent issue à de la sérosité purulente. Restées fistuleuses elles livrent bientôt passage à des masses charnues considérables.

En septembre 1877, un chirurgien consulté diagnostique un fungus tuberculeux.

A l'entrée du malade à la maison municipale, on constate tout d'abord l'intégrité du cordon, de la prostate, des vésicules séminales, et du poumon.

A la partie antérieure du scrotum, émergent deux tumeurs fongueuses ; la gauche, du volume d'une noix est arrondie, rouge, granuleuse, et fournit un peu de pus. Au niveau du point où ce fungus perfore le scrotum, les bords de l'orifice de celui-ci, sont minces, décollés.

La consistance du fungus est ferme ; il est indolent à la pression, et se continue par un pédicule large avec le testicule et l'épididyme confondus et indurés. À part son volume un peu moindre, le fungus droit présente des caractères identiques. Pas de tuméfaction dans les aines et dans les fosses iliaques. La partie antérieure du scrotum est rouge et épaissie.

Traitement : frictions à l'onguent napolitain, iodure de potassium, 3 grammes par jour.

Sous l'influence du traitement, on voit déjà au bout de deux mois, une amélioration notable dans l'état des parties, si bien, qu'à la date du 14 mai, les fungus sont réduits aux dimensions de cerises, la suppuration est presque nulle, les testicules ne sont plus indurés.

Le malade quitte le service pour continuer le traitement chez lui.

Au 1^{er} juin, il se présente à M. Sée qui constate la disparition totale des fongus à la place desquels on ne voit plus que deux cicatrices déprimées, autour desquelles la peau du scrotum est un peu froncée, et qui adhèrent aux testicules revenus à leurs dimensions normales.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

En somme, on le voit, M. Sée s'est bien manifestement trouvé en face de fongus syphilitiques.

Quant aux parties qui constituaient les fongus, il est fort probable qu'elles étaient presque exclusivement constituées par des gommès, formées dans le testicule même; rien n'y faisait soupçonner la présence de tubes séminifères; l'examen du pus, au point de vue de la recherche des spermatozoaires, n'a pas été pratiqué.

M. Sée, au cours des réflexions dont il fait suivre son intéressante observation, fait remarquer combien, jusque dans ces derniers temps, les chirurgiens ont montré de la répugnance à admettre l'existence d'un fongus syphilitique. Malgré la connaissance des antécédents du malade, malgré l'influence curative du traitement spécifique, on regardait les fongus survenant chez des syphilitiques comme étant des fongus tuberculeux.

M. Gosselin, puis surtout M. Rollet ont retrouvé la véritable nature de l'affection. Depuis, les observations se sont multipliées (*Simonet, in Gaz. des hôp.*, 1867, etc.).

Rollet et Gosselin ont bien montré l'erreur de leurs devanciers tels que Curling, et A. Cooper, qui ont pris pour des orchites chroniques simples, suppurées, de véritables fongus syphilitiques.

Pourtant, malgré les preuves cliniques, des histologistes tels que Virchow, Cornil et Ranvier, écrivent encore que jamais la gomme du testicule ne suppure. Du reste, tous les auteurs décrivent aujourd'hui deux formes de la maladie syphilitique du testicule : la forme cirrhotique, et la forme

gommeuse, celle-ci étant superficielle ou profonde, selon qu'elle se développe dans l'épaisseur de l'albuginée, ou dans le corps même de la glande. Ces deux formes peuvent du reste coexister dans le même testicule.

Ces gommages, le fait est aujourd'hui démontré, peuvent déterminer la production d'un fungus et se ramollir. Celui-ci peut être superficiel, s'il se développe sur l'albuginée ou profond, s'il part du testicule même après avoir détruit, sur son passage, l'enveloppe fibreuse. Ce dernier fungus (fungus parenchymateux), est ordinairement constitué par un mélange, en proportions variables, de substance gommeuse ramollie, des tubes séminifères et de bourgeons charnus.

C. D.

TRAITEMENT MÉCANIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, par le professeur H. AUSPITZ.

(Suite.)

Voici comment on peut expliquer cette dépression :

Le groupe d'infiltration cellulaire qui se forme dans le lupus érythémateux peut avoir un double point de départ : 1° D'abord, c'est le réseau vasculaire, au voisinage des glandes sébacées (même des glandes sudoripares ?) ; donc le lupus érythémateux doit être considéré comme une dépendance des glandes sébacées et comme une complication de leurs maladies, de la seborrhée, des comédons, de l'acné, par conséquent comme un accident auquel certains processus de rétention ou d'inflammation des glandes ont donné l'impulsion. 2° Mais cette tendance à l'infiltration peut aussi tenir à une autre cause et rester indépendante des glandes sébacées. Ainsi il y a des formes de lupus érythémateux qui surviennent dans la continuité de la peau ou de la muqueuse, et même dans des régions

qui n'ont ni glandes sébacées, ni glandes sudoripares (comme la paume de la main, la partie rouge des lèvres, et qui présentent cependant une dépression centrale.

Il y a de ces formes qui n'ont aucun rapport avec l'acné disseminata mais bien avec l'acné rosée et comme cette dernière, peuvent accidentellement coïncider avec des comédons, des nodosités acnéiques, etc.

On peut observer, comme la clinique le démontre facilement, et comme dans d'autres circonstances il est possible de le prouver par le microscope, le passage de l'hypertrophie vasculaire simple et de la néoformation vasculaire dans l'acné rosée en groupe d'infiltrats autour des vaisseaux, de telle sorte qu'il se produit parfois de véritables dépressions de ces infiltrats, c'est-à-dire que l'acné rosée se transforme en lupus érythémateux.

Mais la dépression centrale n'est jamais que l'expression des changements se terminant par l'atrophie cicatricielle, que subit l'infiltrat au-dessous de la couche cornée, laquelle reste intacte, mais mal nourrie, amincie et se détache facilement. La dépression ne correspond nullement, comme les auteurs le croient, à un processus en connexion avec les glandes sébacées.

Que maintenant les symptômes cliniques de deux périodes terminales se confondent souvent les uns avec les autres, c'est là un point aussi facile à comprendre que le passage entre l'acné disséminée et l'acné rosée.

Je ne crois pas que la distinction établie par Kaposi entre les efflorescences discoïdes et disséminées (agrégées) puisse se justifier par la nature du processus ; la forme discoïde est typique de l'efflorescence parvenue à un certain degré de développement ; la forme dite agrégée survient rarement d'une manière rapide et en même temps sur une grande étendue, comme Kaposi l'a décrit pour quelques cas, dans lesquels, comme il est facile de le comprendre, on trouve les efflores-

cences en grande partie à la période de début du processus.

Comme le processus par quelques-uns de ses côtés, le traitement est le même que celui de l'acné simple et de l'acné rosée ; il s'en distingue cependant en ce qu'il s'agit dans le lupus érythémateux d'un infiltrat cellulaire dans les mailles du tissu conjonctif du derme, qu'il importe de traiter en première ligne et comme la chose la plus essentielle, outre les proliférations vasculaires et les processus glandulaires. Jusqu'à présent on a essayé d'obtenir ce résultat à l'aide des pommades et des emplâtres les plus divers (empl. hydrarg.), au moyen des savons, du goudron, des acides et autres agents caustiques, des préparations d'iode, de soufre, enfin par la scarification punctiforme (Volkman). Mais tout ceci, en somme, avec de médiocres résultats ; la scarification punctiforme, comme nous l'avons déjà dit dans la description générale de cette méthode, ne s'est montrée efficace que contre l'engorgement vasculaire et le néoplasme, par conséquent contre ce qui est, à proprement parler, érythémateux dans le lupus érythémateux. Aussi le plus ardent défenseur de cette méthode, Veiel, a-t-il ajouté à la scarification la cautérisation avec le chlorure de zinc.

Nous pouvons, au contraire, recommander le raclage comme un très-bon moyen contre le lupus érythémateux. En général, il est évident qu'il ne faut pas considérer la partie moyenne, déprimée d'une plaque, si elle est récente, comme une infiltration revenue à l'état normal ou comme une infiltration atrophique cicatricielle ; car la curette enlève facilement l'épiderme précisément sur cette partie centrale, et jusque sur le bord élevé, tandis qu'il reste habituellement intact sur le bord primitivement exposé aux atteintes de la curette. Voici comment les choses se passent : le processus d'infiltration a son siège dans le centre, sous la dépression ; l'hyperémie qui forme le premier degré de l'infiltration im-

minente a son siège sur le bord, que ce dernier paraisse envahi ou non par des comédons, qu'il soit plus ou moins soulevé, plus ou moins distinct des parties voisines.

Mais c'est par le raclage que j'ai pu obtenir la guérison la plus rapide de ce centre d'infiltration. Il suffit très souvent de gratter légèrement la surface rouge chair, d'un aspect granuleux, que l'on voit sous l'épiderme raclé, c'est-à-dire qu'il suffit d'un raclage superficiel pour obtenir une plaie simple, de guérison facile. Cette plaie guérit alors sans laisser de cicatrice, ou bien il se forme une cicatrice mince, qui, dans ce cas, défigure moins que la dépression qui se fait dans la plaque de lupus abandonnée à elle-même, par cicatrisation spontanée dans l'épiderme intact. Toutefois il est essentiel d'ajouter qu'il faut traiter aussi la partie du bord hyperémique disposée à l'infiltration, si l'on veut arrêter le processus dans sa marche ultérieure. La meilleure manière d'y parvenir, est par la scarification punctiforme souvent répétée et sans cautérisation consécutive, ou tout au plus en la faisant suivre de légers badigeonnages avec le perchlore de fer ou tout autre caustique à action superficielle. Il est vrai qu'il y a des cas dans lesquels la guérison n'a pas lieu aussi simplement. Notamment les plaques lueuses anciennes se distinguent quelquefois par une production rebelle de lamelles épidermiques parcheminées sur la partie raclée. Je traite en ce moment une jeune dame de Copenhague, qui porte depuis plusieurs années un lupus de ce genre sur le nez et le lobule de l'oreille, et dans lequel, malgré tous les raclages, les scarifications punctiformes et les cautérisations, la couche cornée normale ne se reproduit pas. Chez cette dame la même maladie a envahi les doigts et les orteils sous forme de petites plaques rouges sur lesquelles l'épiderme se détache en fines lamelles et se reproduit ensuite de nouveau.

D'une manière générale je me borne à racler la partie

centrale avec la curette et en même temps à faire des scarifications sur le bord hyperémié. Il est facile de comprendre qu'il faut tout d'abord faire tomber à l'aide de corps gras et de savons les croûtes, les comédons, les lamelles épidermiques légèrement rugueuses qui recouvrent les infiltrats lupeux.

Dans le lupus érythémateux des extrémités, j'emploie quelquefois encore, outre le raclage, l'enveloppement à l'aide d'étoffes imperméables (toile de caoutchouc vulcanisé).

NÉCROLOGIE.

LE DOCTEUR TILBURY FOX.

Au mois de juin dernier succombait prématurément et subitement à Paris, à l'âge de 43 ans, l'un des dermatologistes les plus justement renommés de l'Angleterre, le Dr Tilbury Fox. Malgré sa trop courte existence, sa carrière scientifique est admirablement pleine. Son premier ouvrage, paru en 1863, avait pour titre : « *Des maladies de la peau d'origine parasitaire*, » mais dès l'année suivante il publia un traité complet des maladies de la peau qui a eu trois éditions.

Presque innombrables sont, en outre, les communications adressées par lui sur son sujet de prédilection, aux divers organes de la presse médicale. Les plus importantes sont : des leçons sur l'eczéma (Lettsomian, lectures), — des articles sur l'impétigo contagieux, le dysidrosis, l'herpès tonsurant, les éruptions graves provoquées par l'iodure de potassium, etc. On doit encore à notre savant confrère, en collaboration avec le Dr Farquhar, un mémoire très remarquable « *Sur certaines maladies endémiques de l'Inde et des climats chauds en général*; » en collaboration avec son frère, le Dr Thomas Fox, un épitome des maladies de la peau; enfin une nouvelle édition de l'atlas de Willan, et, dans ces derniers temps, un nouvel atlas original sur les maladies de la peau.

La mort du Dr Tilbury Fox est une grande perte pour la dermatologie. Elle sera surtout vivement ressentie en Angleterre, où il avait acquis une grande et légitime réputation; mais ses confrères de tous les pays s'associeront, nous n'en saurions douter, à ce deuil trop légitime. Travailleur assidu, plus jaloux de signer une monographie pratique qu'une théorie capable de le constituer chef d'école, Tilbury Fox peut être donné comme modèle à l'émulation de tous ceux qu'anime l'amour désintéressé du progrès scientifique.

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

- De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde*, par le D^r P. AUDOUARD; in-8°, Paris, 1878, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 1 50
- Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications*, par le D^r A. COLSON, in-8°, Paris, 1878, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 1 50
- Contribution à l'étude des amblyopies symptomatiques de la syphilose cérébrale*, par le D^r Ch. MAURIAC; in-8°, Paris, 1878, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. » 75
- Du spasme de l'urèthre symptomatique*, par le D^r E. SPIRE; in-8°, Paris, 1878, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 3 50
- La membrane muqueuse des fosses nasales*, par le D^r Ch. REMY; in-8°, Paris, 1878, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 3 50
- Essai sur la réaction de l'urine*, par le D^r FUSTIER; in-8°, Paris, 1879, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 2 »
- De l'épididymite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle ou d'anomalies de l'appareil génital*, par le D^r LEDOUBLE; in-8°, avec 3 planches, Paris, 1879, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 7 »
- De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres symptomatique de la syphilis*, par le D^r G. OBERLIN; in-8°, Paris, 1879, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 2 »
- Des écoulements blennorrhagiques contagieux, aigus et chroniques de l'homme et de la femme*, par le D^r POUILLET; in-12, Paris, 1879, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 6 »
- De la rétention incomplète d'urine au point de vue anatomique et clinique dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urèthre*, par le D^r A. JEAN; in-8°, Paris, 1879, chez A. Delahaye et C^{ie}. Prix. 3 50
- Traité élémentaire de pathologie externe*, par E. FOLLIN et SIMON DUPLAY, tome VI, fascicule I, chez G. Masson, éditeur. Prix. 4 »
- Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques*, par le D^r M. KRISHABER; brochure in-8°, Paris, 1879, chez G. Masson. Prix. 2 »
- Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau*, par le D^r GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis; 1 vol. in-8° de 840 pages, chez G. Masson. Prix. 10 »
- Du phagédénisme tertiaire*, par le D^r PICHARD; brochure in-8°, Paris, 1879, chez Asselin. Prix. »
- Della sifilide epilettiforme*, par le D^r C. PELLIZZARI.
- Di un caso di pemfigo acuto*, par le D^r J. TORTORA. Prix.
- Sopra una nuova forma di metro vaginite sifilitica*, par le D^r P. FERRARI.
- Della ninfo elefantiasi sifilitica*, par le D^r P. FERRARI.
- Contribuzione alla clinica generale e speciale dell'entero-peritonite sifilitica*, par le D^r P. FERRARI.
- Le Hoang-Nan, remède tonquinois contre la rage, la lèpre et autres maladies*, par E.-C. LESSERTEUR, directeur aux missions étrangères; Paris, 1879, chez J.-B. Baillière, in-8°, 92 pages. Prix. 2 50

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12 (56, 9-79).

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I

SYPHILIS ET MARIAGE (1).

Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris.

..... Nous allons, Messieurs, continuer et achever notre étude sur les rapports de la syphilis avec le mariage.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé la question qu'avant le mariage. Aujourd'hui, il nous reste à l'étudier *après* le mariage.

I

Le mal que nous voulions prévenir est accompli. Un homme syphilitique et non guéri de sa syphilis s'est marié. Le voici époux.

Quels dangers peuvent résulter de cette situation ? Et quel rôle avons-nous à jouer médicalement pour conjurer

(1) Extrait d'un ouvrage en voie de publication, *la Syphilis et le Mariage*, chez G. Masson.

ou atténuer ces dangers ? Telle se présente la question qu'il nous faut aborder actuellement.

Question pratique, s'il en fut jamais. Question féconde, comme vous ne le verrez que trop au cours de cet exposé, en embarras, en difficultés de plusieurs genres, en situations équivoques, délicates, etc. Question que l'on n'a presque jamais l'occasion de rencontrer à l'hôpital, mais qui, en ville, dans la clientèle, se présente et s'impose fréquemment au médecin. En conséquence, j'ai cru qu'il serait utile de la débattre devant vous avec détails, pour vous épargner un apprentissage toujours plus ou moins pénible à subir par expérience personnelle.

Le mal est fait, vous disais-je. Un homme syphilitique s'est marié, bien que non guéri ; et le voici actuellement en ménage, avec une syphilis en pleine vigueur, en pleine activité de manifestations.

Situation déplorable, qui ne laisse pas que d'être fréquente à des titres divers : soit que le malade (ce qui est le cas plus commun) se soit engagé à la légère dans un mariage prématuré, se croyant guéri ; — soit que, consciemment et volontairement, il ait bravé les dangers d'une telle position ; — soit qu'il ait ignoré sa maladie véritable, en prenant le change sur la nature des lésions dont il a été affecté avant son mariage. — Si vous le voulez même, nous rapprocherons des faits de ce genre deux autres ordres de cas qui, différents à coup sûr comme ordonnance chronologique des accidents, n'en aboutissent pas moins à une situation exactement identique, à savoir :

1° Les cas (ceux-ci très nombreux) où un homme marié prend la syphilis *après* son mariage dans une aventure ou plutôt dans une mésaventure extra-conjugale ;

2° Les cas infiniment plus rares, presque exceptionnels, où la syphilis éclate sur un homme tout récemment marié

quelques jours après son mariage, du fait d'une contagion ayant précédé de quelques jours le mariage. Je m'explique par un exemple emprunté à mes notes.

Un jeune homme du grand monde a rapport, onze jours avant son mariage, avec l'une de ses anciennes maîtresses, laquelle était affectée à cette époque (comme cela fut démontré plus tard) de plaques muqueuses vulvaires. Il se marie absolument sain en apparence. Huit jours après ses noces, il voit poindre sur le gland une petite rougeur laquelle dégénère bientôt en un chancre induré typique, exorde d'une syphilis constitutionnelle qui se transmet bientôt à la jeune mariée.

Quelle que soit l'origine de la syphilis, la situation, je le répète, est absolument la même dans ces divers cas. Toujours en effet nous retrouvons la même scène et les mêmes personnages, à savoir : d'une part, une femme saine, et, d'autre part, un mari syphilitique.

Dans ces conditions, que va-t-il se produire ?

Ce qui va se produire, c'est d'abord, que ce mari, dès la première invasion d'un phénomène suspect, se précipitera dans le cabinet d'un médecin et, anxieux, affolé, lui tiendra ce langage (que je reproduis d'après nature, vous pouvez m'en croire) : « Docteur, sauvez-moi. Me voici, je crois, avec des accidents de syphilis. Or, je suis marié. Jugez donc un peu la situation, si j'allais donner la vérole à ma femme, si j'allais avoir des enfants syphilitiques ! Tirez-moi de là, je vous en supplie, et dites-moi bien tout ce que j'aurai à faire. »

Consultés dans ces conditions (et vous le serez souvent, je vous l'affirme), qu'aurez-vous à répondre ?

D'après moi, votre rôle médical est tout tracé ; et, si vous voulez m'en croire, votre réponse sera la suivante :

« Monsieur, je vois *trois ordres de dangers* dans la situation pour laquelle vous me faites l'honneur de requérir mes conseils, à savoir :

1° Vos dangers personnels, ceux qui résultent pour vous-même de votre maladie;

2° Un danger de contagion pour votre femme;

3° Un danger d'hérédité pour vos futurs enfants.

Or, ces trois ordres de dangers, non seulement il nous faut y parer, mais encore il faut nous préoccuper de tous également; car vous seriez coupable et je serais coupable avec vous si nous ne visions que votre sécurité propre, sans prendre souci et de votre femme et de vos enfants. En conséquence, c'est une triple consultation que je vais avoir à vous donner.

Et d'abord, allons au plus pressé. Parlons de vous. Ce sera là mon premier point. »

I. — « Pour vous, Monsieur, continuerez-vous, il faut vous traiter le plus activement possible et tout faire pour vous guérir le plus tôt possible. Car c'est de vous en somme que rayonnent toutes les conséquences qui peuvent retomber sur les vôtres.

Dans ce but, voici ce que je vous conseille, etc. »

Mais avant d'aller plus loin dans cette scène, qu'allez-vous conseiller à ce malade, à ce syphilitique qui se présente à vous dans ces conditions spéciales ?

Certes comme nature, comme qualité de remèdes, vous lui prescrirez ce que vous prescririez à tout autre, car il n'est pas que je sache de remèdes spéciaux pour les maris syphilitiques.

Mais comme intensité, comme vigueur de médication, c'est une tout autre affaire, à mon sens. Notez que vous êtes en présence d'un *mari*, d'un mari vivant au contact d'une jeune femme, exposé à contagionner cette femme

dans les mille rapprochements de la vie commune, sans parler même des rapprochements sexuels dont il est à craindre que, malgré toutes vos recommandations, ne s'abstienne pas votre client. J'ajouterai même (car il faut bien que vous soyez édifiés sur ce point) qu'en l'espèce votre client se montrera d'autant moins docile à ce dernier ordre de recommandations spéciales qu'il a intérêt à cacher son état, qu'il ne veut pas, comme il vous le dira, « que sa femme puisse deviner son mal », etc. Soyez donc moins certains de sa continence que vous ne le seriez de celle de tout autre malade en situation différente.

Or, de ces conditions particulières dérivent pratiquement des indications particulières, dont vous comprenez à l'avance et le but et les utiles résultats.

Ces indications, à ne parler que des principales, se résument en ceci :

I. — Tout d'abord, *supprimer séance tenante les foyers de contagion* ; et les supprimer par une cautérisation suffisante, énergiquement modificatrice.

S'agit-il par exemple (ce qui est de beaucoup le cas le plus ordinaire) d'accidents secondaires de la bouche, de la gorge, de la verge, etc., détruisez-les immédiatement par une cautérisation vigoureuse. Le nitrate d'argent, caustique faible, risquerait de rester insuffisant. Choisissez de préférence le nitrate acide de mercure, caustique plus intense et bien autrement sûr comme résultats.

Que si cette cautérisation n'a pas pour effet de corriger immédiatement, *in situ*, la nature contagieuse des accidents, du moins à coup sûr elle en provoquera la cicatrisation à brève échéance ; et c'est là ce que nous désirons.

II. — *Couper court, par une médication d'une intensité particulière, aux accidents contagieux de la période secondaire.*

Dans les circonstances ordinaires où l'on est appelé à traiter la syphilis, la médication qu'on prescrit usuellement aux malades est une médication douce, circonspecte, ménagée, contenue, qu'on s'efforce d'adapter à la tolérance individuelle. On va lentement, doucement, patiemment, parce qu'on a du temps devant soi; on procède avec mesure, quitte à laisser la diathèse reprendre le dessus de temps à autre par quelques explosions temporaires.

Mais, dans les conditions spéciales qui nous occupent, le cas est différent. Il y a urgence, ici, à conjurer des dangers imminents de contagion. Dans ce but, l'indication est d'*aller vite* et de *frapper fort*, si je puis parler ainsi; et cela pour imposer silence à des manifestations menaçantes, menaçantes, bien entendu, non pour le malade, mais pour sa femme qu'il s'agit de protéger.

Donc, au lieu de la médication usuelle, au lieu des « cinq centigrammes » traditionnels de proto-iodure, je crois qu'il y a tout avantage à instituer d'emblée un traitement énergiquement répressif; je crois qu'il y a lieu d'agir comme on agit alors qu'on se trouve en présence d'accidents spécifiques graves qu'il importe d'enrayer promptement. En un mot, je suis pour un traitement précipité et violent, sans toutefois dépasser une forte mesure et sans courir le risque, pour vouloir aller trop vite, d'être forcé de suspendre la médication.

Dans cette intention, prescrivez donc de prime abord de fortes doses mercurielles. Dix à quinze centigrammes de proto-iodure, deux à trois et même quatre centigrammes de sublimé, quotidiennement, ne constitueront pas une moyenne excessive, au moins en général et réserve faite pour la tolérance individuelle avec laquelle il y a toujours à compter. Souvent même il ne sera pas inopportun d'associer l'iodure au mercure, pour activer encore la médication. — Poursuivez ce traitement deux mois environ. —

Au delà, cessez-le quelques semaines, pour éviter les effets d'accoutumance. — Puis, reprenez-le dans les mêmes conditions, pour le même temps, et ainsi de suite.

En procédant de la sorte, vous parviendrez souvent, sinon toujours, à supprimer tout ou partie des manifestations secondaires; vous parviendrez notamment — et c'est là le but que vous poursuivez — à diminuer de nombre et d'intensité, voire peut-être à conjurer complètement ces poussées éruptives du tégument muqueux qui, sous le nom de plaques muqueuses, sont si redoutables au point de vue de la contagion et constituent la source commune, la source banale des contaminations dans le mariage.

Sans doute, ce traitement à outrance ne sera pas toujours du goût de votre malade. Sans doute, il pourra offenser dans une certaine mesure soit les gencives, soit les fonctions digestives. Mais avec une surveillance attentive, avec de la modération et de la circonspection dans la vigueur, vous arriverez presque toujours à faire accepter et tolérer cet ordre de médication.

Comme exemple du genre, je vous citerai le cas d'un malade que j'ai traité de la sorte il y a 5 ans, à propos d'une syphilis éclos le *dixième jour de son mariage*. Ce jeune homme (dont l'histoire est exactement identique comme particularité de début avec l'une de nos observations précédentes), ce jeune homme, dis-je, une quinzaine avant ses noces et à la suite de la cérémonie traditionnelle qu'on appelle « l'enterrement de la vie de garçon », s'était laissé entraîner à passer la nuit avec une « ancienne connaissance ». Il gagna ainsi la vérole, qui, après une incubation de 25 jours, se révéla sur lui par un chancre du gland. La situation était donc des plus critiques. Je mis en pratique la méthode dont il vient d'être question, et j'ai la satisfaction de dire qu'elle fut couronnée d'un plein succès.

La période secondaire resta presque muette; tout risque de contagion fut conjuré; tout fut sauvé, « même jusqu'aux apparences », suivant l'expression de mon malade.

Et ce n'est pas sans peine, cependant, que je parvins à lui faire accepter ce traitement sévère. Maintes fois il réginbait contre mes prescriptions, contre ce qu'il appelait « mon traitement de cheval », et ce que je qualifiais, moi, du terme plus exact de « traitement à l'usage des maris qui ne veulent pas contagionner leurs femmes. »

II. — Voilà un premier point réglé dans la situation qui nous occupe. Abordons actuellement le second, qui a trait aux *dangers de contagion* encourus par la femme.

Ces dangers, vous les connaissez par ce qui précède. Ils sont de deux ordres :

1° Dangers d'une contamination directe, transmise par un accident contagieux du mari;

2° Danger d'une contamination indirecte, résultant d'une grossesse (syphilis par conception).

Or, il s'agit de préserver la jeune femme de ces deux périls. Dans ce but, qu'allons-nous faire ?

D'abord, en ce qui regarde les dangers de contagion directe, notre rôle, notre devoir, est tout tracé : c'est d'avertir, d'effrayer même le mari à ce point de vue. Un peu d'effroi ne nuira pas pour les besoins de la cause.

Renseignez donc exactement le mari sur les dangers de cette contagion, dangers qu'il peut bien ne pas connaître, au moins d'une façon suffisante. Ne vous bornez pas à lui dire (comme on-le fait généralement) « qu'il court risque d'être contagieux et qu'il devra s'abstenir de tout rapport avec sa femme au cas où il serait affecté de quelque symptôme syphilitique ». Cela est trop vague. Insistez près de lui, ne craignez pas d'entrer dans les détails, car la chose en vaut la peine, et persuadez-le bien de ceci : que, dans son

état de maladie, toute plaie, toute érosion, toute lésion excoriative et humide contient ou peut contenir un levain de contagion ; — que, si minime, si insignifiante, si inoffensive que lui paraisse une lésion quelconque, cette lésion n'en est pas moins dangereuse pour cela ; — que n'importe d'ailleurs le siège d'une lésion pour être contagieuse ; qu'il y a des lésions contagieuses aussi bien à la bouche et ailleurs qu'aux organes génitaux (1), etc., etc. « Donc, ajoutez-vous comme conclusion, *quoi que vous ayez*, imposez-vous l'obligation formelle, absolue, de vous abstenir de tout rapport, de tout contact avec votre femme, car de là pourrait dériver pour elle la pire des contagions ».

Et cela, Messieurs, je le répète, vous n'êtes pas seulement autorisés à le dire, vous avez le devoir de le dire et en ces termes ; car un tel langage est en harmonie parfaite avec les données de la science relativement au mode habituel de la contagion syphilitique dans le mariage.

Savez-vous en effet ce qu'apprend la pratique à ce sujet ? Mes notes sont absolument précises sur la matière et me permettent d'affirmer les deux propositions que voici :

1° Pour l'énorme majorité des cas, *les contagions syphilitiques qui se produisent dans le mariage, du mari à la femme, dérivent d'accidents de forme secondaire* ;

2° Presque invariablement *ces contagions dérivent d'accidents secondaires de forme superficielle, érosive ou exulcéreuse, tout au plus papulo-érosive, c'est-à-dire d'acci-*

(1) Une idée très répandue chez les gens du monde est que la contagion syphilitique ne peut se transmettre que par les organes génitaux. Pour eux, l'idée de syphilis implique celle d'une contamination *génitale*.

C'est donc là un préjugé qu'il importe de combattre en l'espèce, et plus particulièrement dans l'ordre de situations qui nous occupe actuellement.

dents essentiellement *bénins* d'allure, presque insignifiants en raison de leur bénignité apparente, au total sans importance, et éminemment susceptibles ou bien d'être méconnus comme nature, ou bien même de passer inaperçus.

Et cela se conçoit, et cette double proposition ressort de l'essence même des choses.

Car, d'une part, la syphilis est infiniment plus dangereuse à son étape secondaire qu'à toute autre période, en raison de la multiplicité extrême et de la dissémination possible de ses accidents. Et, d'autre part, les contagions qui se produisent dans le mariage ne peuvent être que le résultat de lésions assez peu importantes pour qu'un mari conscient de son état n'y prenne pas garde ou en méconnaissè l'existence. Un mari, en effet, ne contagionne pas sa femme à la façon des prostituées, des filles de joie, qui se livrent quand même au coït, quel que soit leur état de santé, par intérêt ou par indifférence; un mari ne transmet jamais la syphilis à sa femme que par mégarde ou par ignorance. Donc, il ne la lui transmet que par l'intermédiaire d'accidents assez minimes, assez bénins, pour qu'il n'en ait pas soupçonné la nature véritable ou même pour qu'il n'en ait pas eu conscience.

Je l'ai dit bien souvent et je ne cesserai de le répéter, *ce sont les accidents les plus légers de la période secondaire qui sont les plus dangereux au point de vue de la contagion*. Et ce sont les plus dangereux en raison même de leur bénignité apparente. Ils semblent si peu de chose, ils ont une apparence tellement inoffensive qu'on n'y prend pas garde, qu'on n'en soupçonne pas la nature; et conséquemment on s'expose à les communiquer. Répétons encore d'ailleurs qu'ils peuvent fort bien passer complètement inaperçus.

Les petites érosions secondaires des lèvres, de la langue,

de la verge, voilà les intermédiaires les plus habituels de la contagion dans le mariage.

Rappelez-vous, comme exemple, deux observations que je vous citais au début de cet exposé. Dans l'une, la contagion a été transmise par des érosions secondaires du gland qu'on avait prises pour des herpès; dans l'autre, elle fut le résultat d'érosions minimales des lèvres, érosions à peine desquamatives et tout à fait comparables à ces exfoliations que produit l'abus du tabac. Eh bien, à ces deux cas j'en pourrais joindre cinquante autres déposant tous dans le même sens. Presque invariablement, donc, c'est par des lésions minimales, par des *syphilides secondaires simplement érosives*, que la syphilis passe du mari à la femme.

Cela est tellement vrai que des malades aussi attentifs que possible à leur état de santé, aussi consciencieux observateurs d'eux-mêmes que vous pourriez les supposer, se sont laissés prendre à des contagions de ce genre. Des médecins même, juges bien autrement compétents, n'ont pas échappé à ce danger dans leur propre ménage. Exemple, le cas suivant qu'à tous égards je me ferai un devoir de vous citer.

Un médecin des plus distingués, un de ces hommes qui honorent notre profession autant par leur caractère que par leur talent, contracte la syphilis dans l'exercice de son art. Marié, il prévient sa femme aussitôt et s'observe avec un soin méticuleux. Chaque jour, matin et soir, il s'examine avec le plus grand soin. Et cependant, en dépit de toute sa vigilance, il n'aboutit pas moins à contagionner sa femme. D'ailleurs, écoutons-le nous raconter lui-même son malheur, dans une lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser à ce sujet :

« Un matin de l'année dernière, je fus épouvanté de constater à mon réveil, sur la rainure du gland, une petite tache à peine apparente, de la largeur d'une lentille, sèche

dans presque toute son étendue, légèrement excoりative dans une surface comparable à une tête d'épingle. Je fus épouvanté, vous dis-je, parce que dans la nuit même qui précéda cette découverte, j'avais eu un rapport avec ma femme. Et cependant je m'étais examiné comme de coutume, la veille au soir... Or, ce fut cette misérable tache, cet insignifiant *bobo*, qui contagiona très certainement ma pauvre femme. Car, dans le délai classique, c'est-à-dire trois semaines plus tard, elle commença à sentir « un bouton » à la vulve, et ce bouton devint un chancre... Que mon exemple ne soit pas perdu. Profitez-en, vous, mon cher ami, qui vous occupez d'études spéciales, pour bien dire à ceux qui vous écoutent comment peut se produire la contagion dans le mariage, pour les convaincre qu'il suffit à la contagion de la lésion la plus légère, la plus inoffensive, assez inoffensive, assez légère pour avoir pu tromper l'œil défiant d'un mari honnête homme et d'un praticien attentif et prévenu... »

Rien à ajouter, après ce triste et si instructif exemple.

III. — Ce n'est pas tout, Messieurs. Un troisième point réclame notre attention.

Vous n'avez pas perdu de vue la situation dont nous poursuivons l'étude. Un homme marié est venu réclamer vos conseils pour des accidents de syphilis. D'abord, vous lui avez prescrit un traitement. En second lieu, vous venez de le mettre en garde contre les dangers encourus par sa femme, au point de vue d'une contagion directe. Votre tâche n'est pas achevée, car reste le danger d'une grossesse. Et cette grossesse, survenant dans de telles conditions pourrait être l'occasion d'un double malheur, à savoir :

D'un malheur en ce qui concerne la mère, qui pourrait recevoir la syphilis de son enfant ;

D'un malheur en ce qui concerne l'enfant, soumis à tous les risques de l'hérédité syphilitique.

Or, cette double conséquence, c'est à vous que revient le devoir de la prévenir.

Il est à croire que votre client n'a pas notion ou ne se rend qu'un compte très incomplet des résultats néfastes qui pourraient succéder à une grossesse survenant dans ces conditions. C'est à vous de l'éclairer à ce sujet, et de l'éclairer *in extenso*, clairement, compendieusement, de façon « à ce qu'il n'en ignore », comme disent les gens de justice, et à ce qu'il règle sa conduite en pleine connaissance de cause, dûment instruit de la situation.

Donc, pour remplir cette dernière indication, vous continuerez de la sorte, si vous m'en croyez, votre discours en trois points :

« Et surtout, Monsieur, dans les conditions actuelles, *pas d'enfant !* Gardez-vous à tout prix que votre femme devienne enceinte !

Car, d'une part, l'enfant qu'elle recevrait de vous pourrait soit hériter de votre maladie, soit plutôt encore mourir avant de naître ; — et, d'autre part, il serait possible que votre femme fût infectée par cet enfant, c'est-à-dire reçut de cet enfant la vérole dont il aurait hérité de vous.

Donc, vous m'entendez bien, vous me comprenez bien : arrangez-vous *pour n'avoir pas d'enfant.* »

Et libre à vous, alors, Messieurs, d'insister au besoin et d'ajouter un complément d'instructions, si vous le jugez nécessaire d'après l'attitude de votre client ; libre à vous, comme l'a spirituellement dit M. Diday, de « vous faire professeur jusqu'au bout, professeur toujours décent, mais suffisamment clair. »

Telle est, Messieurs, la première des situations diverses que crée l'introduction de la syphilis dans le mariage.

Quoique complexe et délicate en plus d'un point, celle-ci cependant est de toutes la plus simple, relativement aux indications médicales qu'elle comporte.

Poursuivons notre étude, mais en nous attendant à des difficultés bien autrement sérieuses.

II

Un second ordre de cas se présente de la façon suivante :

Un homme récemment marié a été repris d'accidents spécifiques, dérivant d'une syphilis incomplètement traitée pendant sa vie de garçon. Sa femme est restée indemne, mais elle est ENCEINTE. Et justement effrayé, cet homme vient requérir vos conseils, en vous posant cette double question :

« 1° Que dois-je faire pour moi ? »

« 2° Y a-t-il quelque chose à faire pour ma femme et pour l'enfant qu'elle porte dans son sein ? »

Situation bien autrement complexe que celle dont l'étude précède, puisqu'elle comporte toutes les difficultés de la première, avec la complication grave d'une grossesse.

Quelle devra être en pareil cas la conduite du médecin ?

I. En ce qui concerne le mari, nul embarras. Notre rôle est exactement ce qu'il était dans le premier ordre de cas que nous avons étudié, et nous n'avons pas autre chose à faire que ceci : prescrire un traitement approprié à la qualité des accidents actuels ; — tenir en garde notre client, par des avis dûment motivés, contre la possibilité d'une contagion, laquelle, en l'espèce, aurait des résultats doublement néfastes, puisqu'une femme et un enfant s'y trouveraient intéressés à la fois.

II. Mais, en ce qui concerne la femme et l'enfant, les

difficultés pratiques sont bien autres. Il est évident que l'une et l'autre sont menacés. En premier lieu, cette jeune mère peut être contaminée par cet enfant issu d'un père syphilitique, dont la syphilis même est encore assez vivace pour s'attester par ses accidents actuels. Tous les dangers de la syphilis par conception surgissent donc ici. — D'autre part, cet enfant est exposé par ses dangers héréditaires soit à naître syphilitique, soit surtout (ce qui est le cas bien autrement fréquent) à mourir avant de naître.

Or, n'y aurait-il pas espoir de parer à ces éventualités éminemment graves en prenant les devants, en administrant le traitement spécifique à la mère? L'influence atténuante et corrective de ce traitement n'est-elle pas démontrée pour des faits sinon identiques, au moins analogues? N'avons-nous pas vu, par exemple, l'administration opportune de la médication antisiphilitique couper court à une série d'avortements successifs dérivant d'une influence syphilitique paternelle et amener une grossesse à bon terme? L'intervention *préventive* trouve donc ici une indication rationnelle.

Mais, d'un autre côté, sommes-nous bien autorisés à cette intervention préventive? Que savons-nous au juste sur l'état de l'enfant, d'où dérivent nos craintes pour la mère? Sans doute, cet enfant court des risques héréditaires par le fait de l'infection paternelle, cela est incontestable. Mais, ainsi que nous l'avons établi précédemment, l'hérédité syphilitique n'a rien de fatal, alors surtout qu'elle dérive du père. Il se peut donc que l'enfant n'ait rien reçu de son père, et, dans ce cas, la mère n'a rien à craindre de l'enfant. Il se peut donc, en définitive, que notre intervention soit *sans objet*.

Dans cette incertitude, que faire? Faut-il se résoudre quand même à un traitement peut-être dirigé contre des dangers illusoires? Ou bien faut-il s'en tenir à l'expecta-

tion, « courir la chance », comme on dit vulgairement.

Question grave comme résultats ; et question malheureusement indécise encore, dans l'état actuel de la science.

Vainement en effet vous interrogeriez vos livres à ce sujet ; vainement vous y chercheriez une solution précise, catégorique. Dans la plupart de nos traités spéciaux, classiques, le problème ne se trouve même pas abordé.

Et, si vous interrogiez, comme je l'ai fait, l'opinion publique, vous la trouveriez singulièrement hésitante à ce sujet. J'en ai l'expérience pour ma part. J'ai institué une sorte d'enquête sur la matière, en consultant une foule de médecins, et je suis arrivé ainsi à ce résultat : que certains se prononcent résolument pour l'opportunité d'un traitement préventif ; — que d'autres répugnent à cette pratique ; — que la plupart n'ont pas d'opinion faite, et restent indécis, flottants, entre les deux partis contraires.

J'ai tenu à avoir, pour vous la communiquer, l'opinion d'un maître illustre, de l'homme qui à coup sûr s'est trouvé le plus souvent aux prises avec des difficultés de ce genre, et dont la vaste expérience est si précieuse à consulter. Je suis donc allé, ces jours derniers, m'entretenir avec M. Ricord de ce sujet spécial, et je l'ai trouvé, lui aussi, hésitant, incertain. « Il me serait impossible, m'a-t-il répondu, de donner une solution catégorique à la grave question qui vous préoccupe et qui m'a vivement préoccupé depuis longtemps. Toutefois, d'après ce que j'ai vu, j'ai été conduit à croire qu'en somme le parti de l'abstention, de l'expectation, est ce qu'il y a de plus sage en l'espèce... Quel que soit mon désir de sauver une situation compromise, je répugne à *agir au hasard*, à tenter une campagne d'aventure. Je répugne à condamner au traitement mercuriel une jeune femme qui n'a rien de syphilitique quant à présent, qui peut bien, elle et son enfant, avoir échappé à la vérole, et qu'un traitement d'ailleurs ne sauverait peut-être pas de la vérole si elle avait

à la recevoir... Je ne condamne pas cependant, je n'ai pas le droit de condamner le parti contraire, qui a pour base une intention certainement rationnelle non moins qu'une prévoyance salubre... C'est à l'expérience à juger. Mais, quant à présent, j'avoue que mes préférences sont pour la doctrine expectante, et un cas de ce genre s'offrirait à moi aujourd'hui que je me tiendrais sur la réserve, plutôt que d'agir dans le vague, même avec la meilleure pensée. »

Telle est également la règle de conduite à laquelle j'ai abouti pour ma part, mais sans avoir encore, pour la légitimer, je l'avoue, de raisons cliniques suffisantes.

En définitive, vous le voyez, Messieurs, la question reste indécise. Ce n'est pas qu'elle soit nouvelle cependant; mais elle est tellement délicate, tellement difficile à apprécier, qu'il n'y a vraiment pas lieu de s'étonner de l'absence d'une solution précise à lui donner. Voyez en effet comment les observations cliniques, qui seules peuvent servir à juger le débat, restent susceptibles d'interprétations opposées.

L'hérédité paternelle n'a rien de fatal, ainsi que je vous l'ai dit plusieurs fois. De sorte que les enfants issus de pères syphilitiques tantôt naissent vivants et sains, tantôt meurent *in utero*, ou naissent syphilitiques. De même, tantôt ils laissent leurs mères indemnes, et tantôt ils réagissent sur elles en leur communiquant la syphilis.

Or, supposez que, dans un cas du genre de ceux qui nous occupent, nous fassions intervenir le traitement. La femme accouche à terme d'un enfant sain qui reste sain. Serons-nous autorisés à attribuer au traitement cet heureux résultat? Mais tout aussitôt on nous répondra que « sans le traitement les choses se fussent passées de même »; et l'on invoquera à l'appui de ce dire un certain nombre de faits des plus authentiques.

Pour juger la question en dernière analyse, il faudrait

disposer d'un nombre considérable d'observations de ce genre, permettant de mettre en parallèle, sur une très large échelle, les résultats de l'intervention thérapeutique et ceux de l'expectation. Alors, devant les chiffres imposants d'une telle statistique, chacun serait forcé de s'incliner. Malheureusement, une statistique de cette importance nous fait encore défaut, et force m'est de répéter en terminant que le problème reste simplement posé, sans solution possible à lui donner actuellement.

Je ferai cependant une réserve. Il est des cas *particuliers* où, d'après moi, la doctrine de l'expectation doit être abandonnée et laisser place à une intervention active. Quels sont les cas que j'ai en vue ? Je vais le spécifier par un exemple.

Une femme saine, bien portante, mariée à un homme syphilitique, a fait coup sur coup *plusieurs fausses couches*, et cela sans cause, sans raison. Vous l'examinez le plus complètement possible, et vous ne trouvez d'autre explication plausible à ces avortements successifs que la syphilis du mari.

Or, de nouveau, voici cette femme enceinte. Anxieuse, elle vient vous consulter, ou sa famille, son mari vous consulte pour elle.

Dans ces conditions, resterez-vous inactifs ? Non, évidemment. Car d'une part, vous savez de par l'expérience du passé ce à quoi aboutirait l'expectation, au moins suivant toute probabilité ; et, d'autre part, vous disposez d'un traitement qui, s'adressant à la cause probable de ces fausses couches successives, peut atténuer et corriger cette cause. Pourquoi ne pas user de cette ressource ; pourquoi ne pas recourir à ce traitement ? C'est là tout au moins une chance à courir ; et cette chance, vous n'avez pas le droit, ce me semble, de n'en pas faire bénéficier votre cliente.

Pour ma part, en pareille occurrence, je n'hésite pas à prescrire la médication spécifique, comme le seul moyen capable de parer au danger qui menace l'enfant et de conduire la grossesse à son terme. Je n'hésite pas à prescrire le mercure, quitte au besoin à le déguiser aux yeux de la jeune femme sous un pseudonyme honnête, de concert avec le mari.

Et, si je ne me fais pas illusion, je crois pouvoir ajouter que cette pratique m'a fourni plusieurs fois des succès réels, difficilement contestables.

III

Troisième situation, et celle-ci, malheureusement, des plus communes : *un sujet syphilitique marié a contagionné sa femme.*

Mandé dans ces conditions, qu'avez-vous à faire ? Quelles indications médicales se présentent à remplir ?

« La chose est des plus simples, me direz-vous peut-être. Nous sommes en présence de deux malades ; eh bien, nous traiterons ces deux malades ». — Sans doute. Mais là ne se borne pas, ne doit pas se borner votre rôle, qui est plus complexe que vous ne sauriez le croire à priori. Nous sommes ici en pleine pratique, et vous allez voir surgir des difficultés de *pratique* dont on ne peut se rendre compte que pour en avoir fait un apprentissage personnel.

Précisons : Vis-à-vis du mari, nul embarras. En ce qui le concerne, rien autre à faire que ceci :

1° Lui prescrire un traitement ;

2° Lui intimer de la façon la plus formelle, la plus énergique, l'*interdiction de la paternité*.

Vous savez en effet, Messieurs, ce à quoi aboutit une grossesse alors que les deux parents sont contaminés, alors

surtout que la syphilis maternelle est récente et n'a pas encore subi l'épreuve dépurative du traitement. Une grossesse, en pareille condition, c'est un désastre. Donc, vous avez le devoir de renseigner votre client, et, pour ne lui laisser aucun doute, vous lui tiendrez le langage suivant : « Dans les circonstances actuelles, avec la maladie dont Madame et vous à la fois vous trouvez affectés, une grossesse serait le pire malheur qui pût vous arriver. Car de deux choses l'une : ou bien votre enfant mourrait avant de naître, ou bien il viendrait au monde avec la vérole, ce dont vous jugez l'effet pour vous, pour Madame, pour vos deux familles, pour la galerie, etc. Sans compter que le pauvre être, en dépit de tous les soins, pourrait bien ne pas aller loin. Donc, à tout prix, dans votre intérêt comme dans l'intérêt de tous, évitez en ce moment, jusqu'à nouvel ordre, la possibilité d'une grossesse. »

Tel est le conseil urgent à donner, plus facile à donner qu'à suivre, paraît-il, comme nous en aurons la preuve dans un instant.

II. — Voilà la situation réglée vis-à-vis du mari. Mais reste la femme. Et c'est à son propos que va commencer pour nous une situation des plus délicates, d'autant plus délicate qu'il nous faudra ici compliquer nos attributions habituelles du rôle d'un tacticien, d'un diplomate. Vous allez me comprendre.

Et en effet, dans l'énorme majorité des cas, les choses se présentent de telle sorte que la femme ignore la maladie dont elle est atteinte et que vous avez le devoir moral de la lui dissimuler, de la tromper à ce sujet.

Pourquoi ? Parce que neuf fois sur dix pour le moins, la situation s'engage et débute comme il suit :

Le jeune mari qui a contagionné sa femme accourt, éperdu, chez un médecin, chez l'un de vous, je suppose,

et commence ainsi l'entretien : « Docteur, un grand malheur m'arrive. J'avais la vérole. J'ai eu tort de me marier sans être bien guéri, et j'ai donné la vérole à ma femme. Je viens donc vous prier de traiter ma pauvre femme. Mais avant tout, ce dont je vous supplie, ce que je réclame de vous au nom de ce que vous avez de plus cher, c'est de ne pas dire la vérité à votre future cliente, c'est de lui laisser ignorer pour toujours le nom et la nature de sa maladie. Car, si elle savait cela, je serais perdu. Ce serait fait de l'affection, de l'estime qu'elle a pour moi. Et si elle disait cela à sa famille, vous voyez d'ici le tableau ! Donc, promettez-moi bien, en même temps que vos bons soins pour elle, une discrétion complète, un silence absolu vis-à-vis d'elle. »

Avez-vous, Messieurs, à vous récuser, à refuser le double service qu'on sollicite ainsi de vous ? Non évidemment.

De sorte que, du premier coup, vous voici engagé dans une situation singulière, celle d'un médecin traitant une malade avec mission de lui cacher la maladie pour laquelle il la traite. Situation singulière, ai-je dit, mais situation acceptable, et n'ayant rien d'incompatible avec la dignité professionnelle ; car, après tout, cette situation, nous n'en sommes pas responsables, nous ne faisons que la subir, et nous la subissons dans une intention essentiellement morale et bienfaisante, à savoir : en vue de dissimuler une action coupable et, suivant l'expression consacrée, de sauvegarder la paix d'un ménage.

D'autre part, gardez-vous de prendre le change sur les difficultés toutes spéciales de la mission que vous avez acceptée. Traiter une femme de la syphilis (et l'en traiter longtemps, comme le comporte la nature même de la maladie) sans que cette femme devine ou soupçonne jamais la vérité, c'est là une tâche qui pourrait tenter un diplomate,

mais qui trouve un médecin mal préparé. Il va vous falloir faire toutes choses dont vous n'avez guère l'habitude manœuvrer dans une voie de dissimulation perpétuelle ; — satisfaire ex abrupto à cent questions dont vous assiégerez votre malade : « Mais enfin qu'est-ce que j'ai donc ? De quoi me traitez-vous ? Comment ce mal m'est-il venu ? D'où me vient-il ? Comment se fait-il que j'aie les mêmes symptômes que mon mari ? Etc., etc. ; » — décorer les diverses manifestations morbides qui vont surgir de divers pseudonymes honnêtes, acceptables, vraisemblables ; — masquer les remèdes spécifiques sous des qualificatifs de fantaisie ; — et, dans tout cela, ne jamais hésiter, tergiverser un instant, ne jamais vous trahir.

Or, ce rôle — vous ne le sentirez que trop à la pratique — comporte plus d'une difficulté ; il exige un à-propos, un aplomb, une adresse, qui ne s'acquièrent guère que par l'expérience. Bref, croyez-moi, il est moins aisé qu'on ne se le figure à priori de manœuvrer sur un semblable terrain, et plus d'un habile tacticien a succombé dans cette lutte avec la perspicacité féminine. Tenez-vous donc pour avertis, Messieurs, et, quand vous vous engagerez dans une aventure de ce genre, ne perdez pas de vue que vous avez affaire à forte partie.

Au reste, les femmes que l'on prétend abuser de la sorte sont bien loin d'être toujours victimes du stratagème. En réalité nous les trompons moins souvent que nous le croyons nous-mêmes, et surtout que ne le croient leurs maris. Bien des fois déjà, pour ma seule part, je me suis aperçu que certaines de mes clientes à qui j'aurais cru donner le change sur la nature de leur maladie savaient parfaitement à quoi s'en tenir à ce sujet. Seulement vis-à-vis de moi, comme vis-à-vis de leurs maris, elles acceptaient — parce qu'il leur plaisait de l'accepter — le rôle de femmes abusées.

Quelques-unes d'ailleurs finissent, après un certain temps, par mettre à l'aise le médecin chargé de les traiter, en lui faisant comprendre qu'elles sont au fait de la situation. « Ne vous donnez donc plus tant de peine, me disait un jour une de mes malades, pour me persuader que j'ai une maladie autre que celle dont vous me traitez. J'ai compris depuis longtemps la nature et le pourquoi de mon mal. Seulement vis-à-vis de mon mari je resterai toujours ignorante, car *ma dignité m'impose d'ignorer ce que je ne saurais pardonner.* » Une autre, femme d'esprit — vous me pardonneriez l'anecdote — semblait absolument confiante dans mes diagnostics de fantaisie jusqu'au jour où elle me désabusa par le petit discours suivant: « Je vous suis bien reconnaissante, cher docteur, de toute la peine que vous avez prise depuis si longtemps pour me tromper; et vous y auriez peut-être réussi sans mon mari et sans M. Littré: sans mon mari qui cachait trop précieusement vos ordonnances pour ne pas me donner envie de les lire; et je les ai lues, comme bien vous pensez; — et sans M. Littré à qui vous avez oublié de faire une recommandation, celle de ne pas indiquer dans son dictionnaire la synonymie de votre fallacieux mot d'hydrargyre. »

Ainsi vont les choses assez fréquemment; et cela n'est pas superflu à savoir pour la pratique.

Autre point, et celui-ci d'une importance capitale.

S'il est difficile, ainsi que nous venons de le voir, de traiter une femme de la syphilis sans qu'elle s'en doute, il est bien plus difficile encore de l'en traiter comme il serait désirable qu'elle le fût, comme vous voudriez qu'elle le fût, c'est-à-dire d'une façon sérieuse, prolongée, suffisante.

Je m'explique, et je ne craindrai pas d'insister sur ce point, car il s'y rattache un intérêt majeur qui mérite toute notre sollicitude.

Vous savez — et je ne cesse de vous le répéter ici — qu'on ne guérit la vérole ou, pour mieux dire, qu'on n'impose définitivement silence aux manifestations de la vérole qu'au prix d'un traitement long, très long, exigeant au minimum plusieurs années. Vous savez de plus que ce traitement, pour être efficace, a besoin d'une direction particulière, qu'il doit être tour à tour interrompu, cessé, repris, etc., etc., sous des formes diverses. Tout cela implique beaucoup de temps, beaucoup de patience, une surveillance médicale sinon assidue, au moins prolongée. En un mot, la vérole est une maladie chronique dont on ne se débarrasse que par un traitement chronique, voilà le fait.

Or, jugez si, *en l'espèce*, un tel traitement sera facilement applicable.

D'abord, comment imposer ou faire accepter un traitement de ce genre à une femme qui ignore le mal dont elle est affectée, à qui vous n'avez pas le droit de dire quel est ce mal, quelles en sont les conséquences multiples, les dangers d'avenir, etc. ?

De plus, comment faire accepter ce traitement à une femme à qui son mari, comme consolation et comme atténuation d'une faute cependant inavouée, ne cesse de répéter chaque jour que « ce qu'elle a n'est rien, que cela sera bien vite passé, etc. ? »

Ajoutez que ledit mari, à un moment donné de la maladie, dès que les manifestations évidentes ont disparu, dès que la syphilis ne s'affiche plus par des symptômes extérieurs, devient pour vous un auxiliaire moins qu'empressé. Autant, au début, il a déployé de zèle pour obtenir de vous une médication active et pour en surveiller l'application, autant vous le trouverez refroidi plus tard, alors que, les accidents ostensibles s'étant effacés, il ne s'agit plus que d'insister sur un traitement préventif. Vous étiez

« un sauveur », vous étiez le bienvenu dans sa maison il y a quelques mois. Mais actuellement que « tout est fini, qu'il n'est plus question de rien », votre présence chez Madame, vos visites, vos formules, votre traitement « qui, sans doute, a bien réussi, mais qui pourrait durer moins longtemps », tout cela devient pour lui un sujet d'agacement, d'irritation, d'inquiétude, en lui renouvelant des souvenirs fâcheux, en prolongeant une situation difficile, naturellement faite pour éveiller le soupçon. Bref, à parler net, ce mari n'aspire plus qu'à être débarrassé de vous (le mot n'a rien que de strictement exact), et votre disparition sera pour lui une véritable délivrance.

De là cette conséquence lamentable, à savoir que : *toute femme mariée, contractant la syphilis dans les conditions qui nous occupent, ne sera jamais que très insuffisamment, très incomplètement traitée, et restera par cela même exposée à des dangers d'avenir des plus graves.*

Telle est, Messieurs, l'invariable histoire des femmes qui ont été contagionnées par leur mari. Au début de leur mal, ces femmes ont toujours été traitées quelque peu (réserve faite même pour certaines qui, grâce à l'égoïsme de leurs maris, ne l'ont pas été du tout). Elles ont été « blanchies », passez-moi l'expression vulgaire, mais consacrée. Puis, on s'est hâté de renoncer à un traitement qui aurait pu éveiller les soupçons, devenir compromettant pour le mari. Le plus tôt possible on a congédié le médecin, et les choses en sont restées là. Qu'advient-il alors ? C'est que la syphilis, bien entendu, ne perd pas ses droits sur ces malheureuses femmes, en dépit de leur qualité de femmes mariées, de femmes honnêtes ; et dix ans, quinze ans, vingt ans plus tard, se produisent sur elles des accidents variés de forme, plus ou moins sérieux, très graves quelquefois, voire mortels.

Ajoutez à cela cette autre considération encore aggravante : que survenant sur des femmes mariées, irréprochables, et paraissant garanties de la syphilis par tout un passé de haute moralité et de légitime considération, ces accidents spécifiques de la *période tertiaire* risquent très souvent de rester méconnus, par conséquent ne sont pas soumis au seul traitement qui leur convienne, et peuvent aboutir de la sorte aux terminaisons les plus désastreuses. Une erreur diagnostique est plus que facile à commettre en semblable occurrence sur la nature de ces accidents. D'abord le médecin, en raison même de la qualité de la personne, je veux dire en raison même des antécédents *présumés* de sa cliente, ne songe pas à la syphilis ; il est à cent lieues de suspecter la syphilis dans le milieu honnête, respecté, vénérable, où il se trouve appelé. La suspecte-t-il, qu'il ne reçoit de sa malade aucun aveu, aucun indice, pour l'excellente raison que cette femme ne peut révéler un mal qu'elle a toujours ignoré. D'autre part, il n'est guère mieux éclairé — au moins habituellement — par le mari, peu empressé à faire revivre un passé compromettant, peu disposé à des confidences qu'il juge d'ailleurs inutiles, etc. De telle sorte que, règle presque générale, le diagnostic vrai n'est pas institué, à moins (ce qui est le cas exceptionnel) qu'il ne s'impose de par les caractères objectifs des lésions. Et je vous laisse à juger les conséquences d'une méprise en des conditions de ce genre.

J'insiste, et je dis que *rien n'est fréquent en pratique comme les accidents tertiaires de la syphilis féminine contractée dans le mariage*. Les observations de cet ordre abondent et surabondent. Je les compte par centaines dans mes notes d'hôpital ou de ville. Et pour la plupart, pour l'énorme majorité, elles sont relatives, je le répète, à des femmes qui n'ont été traitées que d'une façon très insuffisante au début même de leur maladie, qui n'ont été traitées

que juste le temps nécessaire pour dissiper les premiers accidents, pour « sauver les apparences » et exonérer au plus vite la responsabilité du mari.

Bien loin de moi, assurément, l'intention de prétendre que ce soit un froid et lâche calcul d'égoïsme qui conduise de la sorte nombre de maris à sacrifier l'avenir de leur femme aux intérêts propres de leur dignité, au souci personnel de dissimuler la faute dont ils ont été coupables. Ce serait là une accusation illégitime, exagérée, ridicule. Mais je ne puis m'empêcher de voir ce qui existe et de lire dans certains faits la condamnation qu'ils comportent. Je ne puis m'empêcher, par exemple, de condamner énergiquement la conduite de ces maris qui, pour éviter le soupçon, n'ont rien plus à cœur que d'abrégier le traitement prescrit à leur femme et qui compromettent la santé d'autrui pour sauvegarder ce qu'ils appellent « leur honnabilité ». Je ne puis m'empêcher aussi d'accuser de légèreté, d'imprudence, d'insouciance, etc., tels autres qui, une fois les premiers accidents disparus sur leurs femmes, ne se préoccupent plus au delà de ce qui peut advenir, laissent aller les choses à-vau-l'eau, s'endorment dans une sécurité d'autant plus parfaite que leur santé propre ne se trouve pas en jeu, et préparent ainsi avec une indifférence absolue de redoutables catastrophes pour l'avenir.

Certes les exemples à citer ne me feraient pas défaut ici, pour justifier ce qui précède. Le suivant, entre beaucoup d'autres, pourra édifier vos convictions.

Une jeune fille de haute naissance se marie à un homme syphilitique et ne tarde pas à être contagionnée par lui, Grand émoi. M. Ricord est mandé aussitôt et traite la malade. Tout s'efface. Bien vite on tourne le dos à M. Ricord; il n'est plus question de lui; pour un peu on aurait juré ne l'avoir jamais connu.

Cependant la syphilis reste en puissance et se traduit coup sur coup par les néfastes résultats de trois grossesses qui amènent des enfants morts-nés.

Plusieurs années s'écoulaient en paix. Puis, la jeune femme est prise d'accidents singuliers vers le nez. Elle ne cesse d'être « enrhumée du cerveau », et de rejeter par les narines d'abondantes mucosités sanieuses ou purulentes. Nombre de traitements de tous genres sont mis en œuvre, mais toujours sans résultat. Deux saisons d'eaux minérales sulfureuses ne produisent pas de meilleurs effets. Un médecin à cette époque suspecte la syphilis et interroge à ce propos la malade qui, dans l'ignorance de ses antécédents spécifiques, se défend tout naturellement par des dénégations indignées. Le mari reste impassible et assiste à tout cela sans mot dire, persuadé que « sa femme a été guérie de ce qu'elle a eu jadis et que les accidents actuels n'ont rien à voir avec le *petit malheur* d'autrefois. » Cependant les lésions nasales progressent et aboutissent, d'une part, à un ozène effroyable, et, d'autre part, à la perforation du palais. Alors seulement la conviction du mari s'ébranle. Alors seulement il consent à faire rappeler M. Ricord qui reconnaît aussitôt la nature spécifique de la maladie. Je suis mandé à mon tour et n'ai que le rôle facile de confirmer et le diagnostic et le traitement de mon savant maître. Mais à ce moment les lésions étaient devenues telles que tout le squelette nasal se trouvait en voie de nécrose. Trois années entières, cette malheureuse femme dut se condamner à une séquestration absolue, en raison de l'odeur insupportable qu'elle répandait et que toutes les médications imaginables ne parvenaient qu'à tempérer faiblement. Elle ne guérit qu'après l'expulsion de très nombreux sequestres et la perte complète du palais.

De même j'ai dans mes notes quantité d'autres observati-

tions relatives à des femmes qui, après avoir gagné la syphilis de leur mari au début de leur mariage, n'ont été soumises qu'à des traitements *écourtés* et ont abouti plus tard à des accidents tertiaires des plus graves : celle-ci par exemple à une syphilide phagédénique qui lui laboura le visage et la défigura ; — celle-là à la perte du nez ; — telle autre à un rétrécissement rectal ; — telle autre à une cirrhose qui, méconnue comme nature, l'emporta rapidement ; — telle autre encore à des lésions osseuses crâniennes et à des gommes cérébrales, qui produisirent successivement des accès épileptiformes, une hémiplegie, un affaissement graduel de l'intelligence, la démence et la mort ; — etc., etc.

Des accidents de ce genre, à coup sûr, n'ont rien que de très banal, et je ne vous les donne en rien comme constituant des manifestations propres à l'ordre des cas qui nous occupent en ce moment. Mais, à coup sûr aussi, ce qui est à la fois également remarquable et pénible, c'est que de tels accidents soient communs dans le mariage ; — c'est encore qu'ils se rencontrent fréquemment dans les hautes classes de la société, là où des conditions multiples de situation sociale, d'instruction, de civilisation, de moralisation, sembleraient devoir exclure de telles hontes ; — c'est enfin, et plus encore, qu'ils incombent souvent comme responsabilité à ceux-là mêmes qui, premiers auteurs du mal, avaient l'obligation de tout faire pour en conjurer les terribles conséquences et qui, néanmoins, se sont soustraits à ce strict devoir.

Aussi, Messieurs, en pareille circonstance, un rôle humanitaire s'impose-t-il à vous ; et ce rôle, vous l'avez déjà compris à l'avance, vous l'avez déjà défini à part vous, dans le cours de la discussion qui précède. Ce rôle, c'est de prendre souci de la femme qui vous est confiée et

vis-à-vis de laquelle jusqu'à présent vous n'avez été que le complice du mari pour lui dissimuler et la nature et la gravité et les conséquences possibles de sa maladie; c'est, à défaut de ce mari égoïste et indifférent, de protéger la santé de cette femme dans le présent et l'avenir; c'est en un mot de tout mettre en œuvre par votre double influence de médecin et d'homme pour que cette femme bénéficie, à l'égal de tout autre malade, d'un traitement sérieux, prolongé, actif, suffisamment préservateur.

Il va sans dire qu'en nombre de cas ce rôle vous sera rendu facile par les bonnes dispositions du mari, homme de cœur, regrettant amèrement le malheur dont il est cause et prêt à tout faire pour réparer sa faute. Il vous suffira alors de lui expliquer les dangers d'avenir auxquels sa femme resterait exposée en l'absence d'un traitement suffisant, pour obtenir de lui tout ce qu'il est nécessaire d'obtenir, pour avoir carte blanche relativement à la direction et à la durée de votre intervention thérapeutique.

Mais en revanche, attendez-vous à rencontrer d'autres cas où votre situation deviendra bien plus délicate, alors par exemple que vous aurez à compter avec l'égoïsme, l'indifférence, les préventions, les craintes, l'ignorance du principal intéressé. En semblable occurrence, ce sera affaire à vous, à votre tact, à votre expérience du cœur humain, de vous débattre avec ces difficultés de divers genres, au mieux des intérêts de votre cliente. Ce sera affaire à vous de soutenir cette lutte avec une habileté persévérante, et, finalement, si vous vous sentez débordé, de rappeler énergiquement au mari les devoirs qui s'imposent à lui comme à vous en pareille situation. Je ne vous dis pas assurément de faire alors un éclat, de vous poser en redresseur de torts, de prendre le rôle ridicule d'un Don Quichotte des dames. Mais ce que je vous dis, c'est, si vous y êtes forcés, d'attaquer de front la position, en tenant

à ce mari un langage ferme et sévère, tel que le suivant, par exemple : « Sans doute, Monsieur, il peut vous être souverainement désagréable que le traitement de votre femme ait besoin d'être prolongé encore et longtemps ; mais, il n'est pas en mon pouvoir qu'il en soit autrement. J'ai accepté, pour vous sauver d'un mauvais pas, d'être votre complice vis-à-vis de Madame, et je vous ai tenu parole. Mais je ne saurais aller plus loin, et je rejette absolument sur vous la responsabilité de ce qui pourrait suivre, au cas où, de votre fait, le traitement ne serait pas poursuivi comme il doit l'être. L'honneur et l'humanité exigent que vous fassiez pour votre femme ce que vous avez cru bon de faire pour vous. Laissez-moi donc achever l'œuvre commencée, en vue d'assurer une guérison qui doit être le but de nos communs efforts. »

Soyez sûrs, Messieurs, qu'en parlant de la sorte, en acceptant et en soutenant le rôle que je viens de vous tracer, vous remplirez un devoir moral en même temps que vous réaliserez un office salulaire, en arrachant aux étreintes tertiaires de la diathèse de malheureuses femmes qui n'étaient pas faites pour la vérole et que l'égoïsme ou la légèreté de certains maris laisserait volontiers exposées à épuiser jusqu'au bout le calice de la maladie.

Et ce n'est pas tout encore. D'autre part, en effet, vous aurez à compter avec les répugnances, avec les résistances qui surgiront de la part même de la principale intéressée, de la part même de la malade que vous avez à traiter, et votre attitude vis-à-vis d'elle ne sera pas moins difficile en nombre de cas.

Vous l'avez guérie, je suppose, des premiers accidents. Tout a disparu, tout est au mieux. Et voilà que de rechef vous parlez d'un traitement nouveau ! Admettez que vos remèdes soient encore acceptés pour cette fois ; mais quel

accueil recevrez-vous, alors que vous reviendrez à la charge une troisième, une quatrième, une cinquième fois, etc. ? Et cependant, c'est là une nécessité qui s'impose ; c'est là ce qu'il vous faut obtenir de votre malade ; sa guérison est à ce prix.

Cette difficulté — et tant d'autres du même genre — vous n'en viendrez à bout qu'à force de patience, de tact professionnel, d'habileté pratique. Vous n'en viendrez à bout que si vous avez su prendre sur votre cliente une autorité qui la rende docile à toutes vos prescriptions.

Donc, en vue de l'avenir, ne négligez pas d'emblée, dès vos premières visites, de bien établir la situation. Assurément, vous avez l'obligation de taire à votre malade et le nom de sa maladie, et les dangers spéciaux auxquels elle l'expose, et les terribles conséquences qui pourraient en dériver à échéance indéfinie. Mais, d'autre part, ne commettez pas la faute de lui déclarer, comme le voudrait son mari, « qu'elle n'a rien », ou que « ce dont elle est affectée est une indisposition passagère, insignifiante ». Tout au contraire, dès que vous le jugerez possible et opportun, exprimez nettement l'opinion que les symptômes actuels se rattachent à une maladie véritable, maladie que d'ailleurs vous déguiserez sous le pseudonyme honnête qui vous semblera le mieux de circonstance. Laissez pressentir que cette maladie sera de longue durée, qu'elle pourra avoir des retours offensifs, des rechutes, des récives. Affirmez que la disposition dont elle témoigne devra être l'objet d'une surveillance attentive, qu'elle guérira sans doute, mais qu'elle exigera pour guérir des soins prolongés, etc., etc... Bref, préparez les voies, et prévenez les résistances, les rébellions que vous avez à craindre, en motivant l'intervention thérapeutique qui vous sera nécessaire.

Certes, je ne prétends pas que vous deviez jeter l'effroi

dans l'esprit de votre cliente. Cela serait absurde, déplacé. Mais, croyez-moi, vous iriez à l'encontre du but que vous poursuivez en la rassurant à l'excès, en ne lui laissant pas un certain degré d'appréhension vague qui vous servira d'utile auxiliaire. Tous les malades (et les femmes plus que d'autres) sont ainsi faits qu'ils ne se traitent pas quand ils croient n'avoir rien à redouter, quand ils n'ont pas « un peu peur », passez-moi le mot. N'oubliez pas cette disposition générale du cœur humain et mettez-la à profit pour les intérêts de votre cause, c'est-à-dire pour la sauvegarde de la malade dont la santé vous est confiée dans des conditions si particulièrement difficiles et délicates à tous égards.

IV

Quatrième ordre de cas : *mari syphilitique*; — *femme syphilitique et enceinte*.

Nous voici arrivés à la quatrième et dernière situation possible. Un homme s'est marié en dépit d'une syphilis non encore éteinte; — il a contagionné sa jeune femme; — et cette femme est grosse.

C'est là, inutile de le dire, la situation la plus grave entre toutes celles que nous avons étudiées jusqu'ici, la plus féconde en dangers, en péripéties de divers genres, comme aussi en difficultés pratiques pour le médecin.

Que peut-il, en effet, résulter d'un tel état de choses ?

D'abord, l'enfant procréé dans ces conditions, c'est-à-dire issu à la fois d'un père syphilitique et d'une mère syphilitique, est soumis au pronostic le plus grave. Il est destiné soit à mourir après quelques mois de vie intra-utérine, soit à venir à terme moribond ou mort-né, soit à naître avec la vérole.

De ces trois alternatives, admettons la meilleure : l'enfant est né avec la syphilis. Or, que cet enfant soit confié à une nourrice saine, vous pouvez être sûr qu'il lui transmettra l'infection ; cela est à peu près inévitable.

A son tour, cette nourrice pourra contagionner son propre enfant, pourra contagionner son mari, comme cela s'est vu tant et tant de fois, etc... — Et je vous fais grâce encore des *ricochets* possibles de ces dernières contaminations.

Telles sont, sommairement, les perspectives que va nous offrir ce quatrième ordre de cas ; c'est donc là, à coup sûr, un sujet d'étude qui réclame toute notre attention.

Tout d'abord, je commencerai par vous donner courage en disant : La situation est très critique, très grave assurément ; mais enfin elle n'est pas désespérée, et cela ni pour le présent, ni *a fortiori* pour l'avenir.

Pour l'avenir, la chose n'est pas douteuse. Car traitez activement, méthodiquement, longuement, les deux époux syphilitiques, et vous pourrez faire qu'ils aient plus tard des enfants vivants, sains, exempts de tout phénomène spécifique.

Et quant au présent, en ce qui concerne la grossesse actuelle, il n'est pas impossible, — il n'est pas *impossible*, je ne dis rien de plus — que le traitement conjure un désastre complet. En d'autres termes, il n'est pas impossible que, soumise pendant la gestation à un traitement actif, la mère donne le jour à un enfant vivant et viable, voire à un enfant qui restera indemne de tout accident spécial.

Ainsi : 1° maintes fois j'ai obtenu de la médication spécifique ce premier et inestimable succès de *prévenir l'avortement*, d'amener la grossesse à terme. L'enfant né dans ces conditions, il est vrai, n'échappait pas à la syphilis ;

mais il naissait viable, résistant, susceptible de tolérer pour son compte la médication spécifique, susceptible, en un mot, de vivre avec la syphilis et de guérir de cette syphilis par un traitement ultérieur.

De cela les exemples sont si nombreux que je crois superflue toute citation particulière.

2° On a vu même, en pareilles circonstances, des enfants naître sains, indemnes de tout symptôme syphilitique. Exemple :

Un jeune homme se marie en pleine période secondaire, malgré l'avis de son médecin. Cinq mois plus tard, sa femme devient enceinte. Au deuxième mois de la grossesse, elle m'est amenée, et je constate sur elle des accidents spécifiques aussi manifestes que possible. Je la traite alors énergiquement, et je poursuis la médication avec vigueur pendant toute la durée de la gestation. J'ai le bonheur, d'abord, d'amener la grossesse à terme. En outre, l'enfant naît sain, bien portant, presque moyen de développement. Il continue à vivre et reste exempt de toute manifestation spécifique. Je l'ai observé minutieusement pendant quinze mois environ, au-delà desquels je l'ai perdu de vue, et je puis garantir que, durant toute cette période, il n'a pas présenté le moindre phénomène suspect.

M. Langlebert a relaté un fait presque identique : « M^{me} X..., raconte-t-il, se maria en novembre 1869 avec un de mes clients que je traitais depuis quelques mois pour une syphilis constitutionnelle... Elle devint immédiatement enceinte, et dut contracter presque aussitôt la maladie de son mari ; car elle achevait à peine le troisième mois de sa grossesse, qu'une roséole confluyente lui couvrait le corps. Des croûtes noirâtres disséminées sur le cuir chevelu, une alopecie très prononcée, une adénopathie cervicale, des plaques muqueuses amygdaliennes de forme ulcéreuse, tout en un mot semblait indiquer chez elle le début d'une

syphilis assez grave, qu'elle devait fatalement transmettre à son enfant, si toutefois cet enfant voyait le jour, ce qui paraissait alors bien peu probable. Je prescrivis aussitôt à M^{me} X... des pilules de sublimé; plus tard, je la soumis à l'usage de l'iodure de potassium, tout en continuant le mercure. La grossesse suivit régulièrement son cours; et, vers la fin d'août 1870, M^{me} X... accoucha d'une fille assez chétive, mais bien portante, qu'elle nourrit elle-même, d'après le conseil que je lui avais donné... Or, cette enfant n'a pas cessé un seul instant de se bien porter. Elle n'a rien eu sur le corps, ni taches, ni boutons, ni le moindre symptôme d'apparence suspecte. Aujourd'hui elle a un peu plus de deux ans; elle est grande, bien développée, et se porte à merveille. Elle a donc échappé à la syphilis; et ce résultat, elle le doit au traitement, qui seul, a pu la préserver d'une infection que l'état de sa mère, durant la gestation, devait rendre fatale, inévitable (1). »

Des succès de ce genre, obtenus dans des circonstances aussi défavorables, sont bien faits à coup sûr pour encourager le médecin et lui indiquer la ligne de conduite à suivre en pareille circonstance.

Cela posé, venons aux indications à remplir dans l'ordre de cas qu'il nous reste à étudier.

Relativement au mari, rien que de très-simple. Rien autre à faire qu'à lui prescrire le traitement usuel de la diathèse.

Mais c'est la femme, actuellement, qui surtout se recommande à notre sollicitude. Cette femme, il faut la traiter, et la traiter avec d'autant plus de soin, de méthode, d'attention, de vigilance, qu'elle représente deux malades, si je puis ainsi dire, deux existences à sauvegarder.

(1) *La syphilis dans ses rapports avec le mariage*, p. 237.

Et, en effet, il s'agit d'elle, d'abord; mais il ne s'agit pas moins aussi de l'enfant qu'elle porte dans son sein, de l'enfant plus menacé qu'elle, et que nous ne pouvons atteindre, protéger, que par elle.

Donc, *traiter la mère*, voilà l'indication capitale qui se présente à remplir.

Eh bien, Messieurs, cette indication si simple, si rationnelle, si complètement légitimée par l'expérience, n'allez pas croire qu'elle soit acceptée de tous. Elle a des adversaires. Elle a soulevé des objections, elle a donné lieu à des controverses, qui récemment encore agitaient l'une de nos Sociétés savantes.

On a dit : « Quoi ! Cette femme *enceinte*, vous allez la traiter, et la traiter comment ? Vous allez lui prescrire *du mercure* ! Mais ce mercure, ne craignez-vous pas qu'à des titres divers il ne lui devienne singulièrement préjudiciable ? Est-ce que d'abord il ne va pas augmenter, compliquer les troubles gastriques de la grossesse ? Est-ce qu'il ne va pas ajouter son action anémiant propre, spéciale, à l'anémie, à l'hydroémie de la grossesse ? Et surtout n'encourt-il pas le risque de provoquer l'avortement ? Car ne voit-on pas d'une façon journalière l'avortement se produire sur des femmes traitées par le mercure ? Etc., etc... »

A tout cela, Messieurs, notre réponse sera aussi formelle, aussi catégorique que possible.

Oui, sans doute, dirons-nous, le mercure *mal administré* serait passible de cette objection. Oui, sans doute, avec le mercure donné sous de certaines formes ou à de certaines doses, nous pourrions produire les accidents précités, c'est-à-dire exaspérer les troubles gastriques, accroître l'anémie, voire à la rigueur favoriser ou déterminer l'avortement. Mais là n'est pas la question. Ce qui seulement est en cause, c'est une administration sagace et prudente du mercure, c'est un traitement approprié aux forces et aux

conditions spéciales de la malade. Or, non seulement un traitement de ce genre, méthodiquement institué et surveillé, restera innocent du danger qu'on lui suppose, mais encore il constituera en l'espèce le meilleur et le plus sûr moyen dont nous disposions pour mener à terme la grossesse et sauvegarder le fœtus.

Maintenant, entrons dans les détails et discutons point par point les diverses objections qui précèdent. La chose en vaut la peine, puisque l'existence d'un enfant se trouve en jeu ici et dépend de l'intervention ou de la non-intervention médicale.

I. D'abord, en ce qui regarde les troubles gastriques, l'expérience démontre que nous pouvons les éviter facilement. Nous nous garderons d'administrer à nos malades le sublimé, le bi-iodure, le sirop de Gibert, ou toute autre préparation analogue mal tolérée par les femmes en général, mal tolérée surtout par les femmes en état de grossesse. Nous aurons soin de prescrire d'autres composés mercuriels qui ne risquent pas d'offenser au même degré les fonctions digestives. Nous prescrirons, par exemple, le proto-iodure, remède plus doux, qui, à dose moyenne de cinq à huit ou même dix centigrammes par jour, est habituellement bien accepté par l'estomac. D'une façon courante, journalière, nous administrons ici le proto-iodure à nos femmes syphilitiques en état de grossesse, et, neuf fois sur dix, nous le voyons inoffensif sur les fonctions gastro-intestinales. Détermine-t-il par exception quelque malaise, quelque désordre gastrique, nous arrivons presque toujours à le faire tolérer par un expédient quelconque, soit en le donnant dans le cours des repas, soit en lui associant une petite dose d'opium, soit en prescrivant quelque adjuvant digestif, tel que le vin de quinquina, le vin de gentiane, le café, etc.

Que si, d'ailleurs, l'estomac se montrait rebelle à ce remède, que si des troubles gastriques ou intestinaux venaient à être déterminés par lui, resterait toujours une ressource pour faire bénéficier la malade de l'influence mercurielle sans nuire aux fonctions digestives. Cette ressource, vous l'avez désignée à l'avance : c'est le recours aux frictions mercurielles, mode de traitement dont l'énergique action n'est plus à démontrer d'une façon générale et qui a été vivement préconisé d'une façon spéciale par quelques accoucheurs, comme particulièrement propre aux femmes syphilitiques en état de gestation.

II. La seconde objection est toute théorique. Jamais, pour ma part, je n'ai vu l'anémie de la grossesse s'accroître sous l'influence d'un traitement mercuriel sagement conduit. Et quant à l'anémie spéciale de la syphilis, il est actuellement bien démontré qu'elle a son véritable remède dans le mercure. On a dit avec toute raison qu'au point de vue des phénomènes d'anémie spécifique « le mercure est le fer de la vérole. »

III. Enfin, il est absolument faux que le mercure favorise l'avortement dans la syphilis, comme le redoutent certains médecins.

De ce qu'il n'est pas rare de voir des femmes syphilitiques avorter dans le cours où à la suite d'un traitement mercuriel, on a induit qu'en pareil cas l'avortement est imputable au mercure. L'induction, en vérité, n'est rien moins que très illégitime et dénuée de tout fondement, car elle néglige, elle met hors de cause un facteur plus qu'essentiel en l'espèce, à savoir la maladie même, la syphilis. *Elle attribue au traitement ce qui est un résultat de la maladie.* Inutile, en effet, de vous rappeler encore que la syphilis constitue une prédisposition des plus puissantes à l'avortement; il est même peu d'états morbides qui lui soient comparables à ce point de vue et qui fournissent un

contingent aussi considérable à la somme totale des avortements (1). Aussi bien, lorsqu'une femme syphilitique soumise au traitement mercuriel vient à faire une fausse couche, est-on autorisé à rapporter cette fausse couche, non pas à l'influence du mercure, mais à la seule influence de la diathèse spécifique.

De cela voulez-vous la preuve? Nous la trouvons dans ces deux résultats de l'expérience clinique, à savoir :

1° Que quantité de femmes syphilitiques avortent sans avoir jamais pris un atome de mercure. Ce premier fait est banal à force d'être fréquent.

2° Que nombre de femmes syphilitiques qui, laissées sans traitement, ont fait une série de fausses couches, n'aboutissent à mener une grossesse à bon terme qu'après avoir subi un traitement mercuriel. C'est là un point sur lequel j'ai déjà insisté longuement dans ce qui précède, et qu'il suffira, je pense, d'énoncer à nouveau sans plus amples développements.

Aussi l'opinion qui considère le mercure comme une cause d'avortement dans la syphilis ne saurait-elle prévaloir contre ce que j'appellerai l'évidence clinique, c'est-à-dire contre cette masse imposante de faits cliniques qui, recueillis de toutes parts, relatés par des observateurs exerçant leur art sur les théâtres les plus différents, s'accordent tous néanmoins, non pas seulement à disculper le mercure de cette accusation spéciale, mais encore à le présenter comme la meilleure sauvegarde que nous possédions contre les tendances abortives de la syphilis. Cette opinion, je la condamne énergiquement pour ma part. Je n'hésite même pas à la qualifier de *désastreuse* en l'es-

(1) Je me permets à ce propos de renvoyer le lecteur à un chapitre de mes *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, p. 955 et suivantes.

pèce, car elle a pour conséquence logique de priver des bénéfices du mercure les femmes syphilitiques en état de gestation, ce qui réalise le plus sûr moyen de les condamner aux chances probables de l'avortement.

Au reste, à de très rares exceptions près, l'accord est fait aujourd'hui sur la question ; et, sans insister davantage, je résumerai ce qu'on peut appeler l'état actuel de la science, relativement au sujet qui nous occupe, en formulant les deux propositions suivantes :

1° Le mercure n'empêche pas toujours l'avortement de se produire chez les femmes syphilitiques ; — mais rien ne démontre qu'il y contribue jamais, alors du moins qu'il est administré à dose thérapeutique, non excessive, non toxique ;

2° D'une façon très évidente, il réussit souvent à prévenir l'avortement, à prolonger la grossesse, à la conduire jusqu'à son terme normal.

Donc, alors que nous rencontrerons en pratique une femme syphilitique en état de grossesse, notre premier soin devra être de la soumettre au traitement spécifique. Et si cette femme — comme c'est d'ailleurs le cas dans l'ordre de situations que nous étudions ici — se trouve affectée d'une syphilis encore jeune, réclamant l'emploi du mercure, nous n'hésiterons pas à prescrire le mercure. Nous le prescrirons sans doute à doses modérées, appropriées aux forces et à la tolérance gastrique de la malade, mais nous le prescrirons d'une façon active, soutenue, prolongée, véritablement efficace, suffisante en un mot pour réaliser le but que nous poursuivons.

Et ce traitement, Messieurs, — je ne crains pas de le répéter encore en terminant — nous l'instituerons avec d'autant plus de soin, nous le surveillerons avec d'autant plus de méthode, de sollicitude, de vigilance, qu'il ne s'a-

git pas ici seulement d'une malade à guérir, mais qu'avec cette malade et de par elle il est une autre existence à sauvegarder, celle de l'enfant qui partage intimement à cette époque les destinées de sa mère.

II

DU XANTHÉLASMA ET DE LA DIATHÈSE XANTHÉ-
LASMIQUE, par Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux,
répétiteur à l'École des Hautes-Études (1) (*Fin*).

SYMPTOMATOLOGIE

A. *Formes. Addison et Gull* auxquels nous devons la première étude qui ait été faite sur le xanthélasma, ont reconnu à cette affection deux formes : la forme plane et la forme tuberculeuse ; peut-être pourrait-on, à notre avis, subdiviser chacune d'elles et décrire au xanthélasma quatre variétés : maculeuse, papuleuse, tuberculeuse et tubéreuse répondant, les deux premières au vitiligoïdea plana et les deux autres au vitiligoïdea tuberosa des auteurs anglais. La description que nous allons donner de leurs caractères objectifs et l'analyse des observations qui accompagnent notre travail, justifieront peut-être le léger changement que nous proposons d'apporter à la classification adoptée jusqu'à nous.

1^o *Forme plane. — Variété maculeuse.* — Les macules xanthélasmiennes sont de dimensions très variables et souvent assez considérables ; on en a vu de la largeur de l'ongle, d'une pièce de 5 francs (Kaposi), elles sont généralement isolées, leurs bords sont nets, tantôt unis, tantôt irréguliers et déchiquetés comme ceux d'une fougère (Strauss). Leur consistance ne diffère en rien de celle de la peau saine qui les entoure et au-dessus de laquelle elle

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, n^{os} 1 et 4. — 1879.

ne font aucune saillie. Leur surface est absolument lisse, leur coloration très variable est tantôt d'un blanc légèrement jaunâtre, tantôt d'un jaune fauve et assez comparable à celle de la peau de chamois. Tels sont les caractères des larges taches que nous avons pu observer sur la muqueuse balano-préputiale du nommé Sonnet qui fait l'objet de notre seconde observation.

1. *Variété papuleuse.* — La variété papuleuse ne diffère de la précédente que par les dimensions plus restreintes et la saillie légère des plaques qui la constituent. Elle se compose de papules lenticulaires ou ovoïdes, légèrement saillantes, de consistance molle et voisine de celle de la peau environnante, tantôt isolées, tantôt réunies en plaques plus ou moins larges qui semblent lisses et unies au premier aspect, mais qu'un examen plus attentif permet de décomposer en petites élevures séparées par des sillons légèrement marqués. Cette variété pourrait s'observer sur les paupières de la femme Boutet, sujet de notre première observation.

2° *Forme nodulaire et variété tuberculeuse.* — Tous les degrés de la variété tuberculeuse pouvaient être étudiés sur le malade de l'observation II.

Les tubercules xanthélasmiques paraissent arrondis et sphériques, mais il est facile de se convaincre par l'examen des coupes de peau, qu'ils sont lenticulaires et que leur grand axe est parallèle à la surface de la peau qu'ils dépassent d'une quantité tantôt à peine appréciable, tantôt très marquée : Certains d'entre eux font une saillie de 3^{mm} à 4^{mm}. Leur volume varié dans des limites également très étendues : tantôt, surtout lorsqu'ils sont jeunes, à peine visibles, ils peuvent acquérir les dimensions d'un grain de millet, d'un grain de chènevis et même d'un pois ; leur consistance est ferme et légèrement élastique, leur coloration généralement plus pâle que celle des macules et des papules xanthélasmiques peut ne pas différer sensiblement de celle de la

peau, plus souvent cependant elle est d'un blanc légèrement jaunâtre, mêlée de rouge, quelquefois même leur sommet est rouge et paraît enflammé (*Murchison*); lorsque l'on vient à saisir entre les doigts un de ces tubercules, on sent nettement qu'ils sont enchâssés dans l'épaisseur du derme et font corps avec lui, fait que confirme pleinement l'examen microscopique; si enfin on essaye de les transpercer avec une aiguille on éprouve une résistance considérable que la structure de ces nodules explique parfaitement et on n'en fait rien sortir qu'une minime quantité de sang.

Ces tubercules se rencontrent, ainsi que les papules, à l'état d'isolement ou de confluence. Dans le dernier cas, ils forment par leur réunion des plaques à surface dure mamelonnées qui peuvent être assez étendues, au point de recouvrir entièrement la pulpe de la phalange unguéale du pouce, comme on le voyait, par exemple, chez le nommé *Sonnet* (voir page 20).

Variété tubéreuse. — Nous ne connaissons qu'un exemple de cette variété, il nous fut offert par la femme *Manière* dont l'histoire est consignée dans notre troisième observation. Nous croyons cependant devoir la distinguer de la variété précédente et lui imposer un nom spécial en raison de la singularité de ses caractères et de la difficulté de son diagnostic. C'est à ce dernier point de vue surtout que nous désirons attirer sur elle l'attention.

Tous les malades chez qui on a pu observer le xanthélasma généralisé présentaient une éruption tuberculeuse discrète sur beaucoup de points, confluyente en quelques endroits, mais chez tous, le nombre des tubercules était assez considérable, et leurs caractères étaient assez nets, pour que le diagnostic ne présentât pas de grandes difficultés. Tout au plus pourrait-on confondre les lésions de la variété tuberculeuse avec certaines tumeurs fort rares de la peau

les fibres myomes par exemple, dont on ne connaît guère que deux ou trois observations (1).

Le tableau clinique était chez la femme Manière bien différent. Cette malade, ataxique depuis de longues années, présentait seulement deux nodules, l'un sur le sein gauche, l'autre à la partie moyenne de la face externe de la jambe du même côté. — Ces nodules dont le volume dépassait celui d'un très gros pois, étaient enchâssés dans le derme et intimement unis à lui ; leur coloration ne différait de celle de la peau que par une teinte légèrement violacée, leur consistance était fibreuse et élastique ; ils avaient, en un mot, tous les caractères des nodules de carcinome secondaire de la peau de consistance squirrheuse, que l'on rencontre assez souvent en petit nombre sur les téguments des malades atteints de carcinome ou d'épithéliomas viscéraux. Ni notre maître, M. Hillairet, ni nous, n'échappâmes à cette erreur, et l'examen microscopique d'une de ces tumeurs put seul nous mettre sur la voie du diagnostic, que la présence de plaques palpébrales, chez notre malade, aurait pu cependant nous faire soupçonner, si cette variété singulière de xanthélasma nodulaire eût été connue de nous à ce moment (voy. l'observation, p. 22).

B. Mode de distribution et siège.

1^o *Fréquence relative des diverses formes.* — La forme plane du xanthélasma est beaucoup plus commune que la forme nodulaire, et s'était seule offerte à l'observation de *Rayer*. Sur 38 observations que nous avons analysées pour ce travail, nous trouvons 46 fois le xanthélasma limité aux paupières ; dans 3 cas, il occupait les paupières

(1) Nous avons vu en 1878 un cas fort intéressant du myome cutané dans le service de M. *Besnier* à l'hôpital Saint-Louis. L'examen microscopique de ces petites tumeurs a été fait et communiqué à la Société de biologie par notre ami M. *Balzer*. — *Mém. Soc. biol.* 1878.

et différents points de la surface du corps, et, dans 7 cas, le corps seul en était atteint. Or, comme les nodules xanthélasmiens n'ont jamais été observés sur les paupières, les nombres 46 et 12 nous semblent exprimer assez exactement le rapport de fréquence des deux formes de l'affection qui nous occupe.

2° *Siège du xanthélasma.* — L'éruption xanthélasmique a été observée sur presque tous les points de la surface du corps et sur un certain nombre de muqueuses, les unes accessibles, les autres inaccessibles à l'exploration ; nous verrons également que l'on a rencontré des plaques jaunes d'une structure tout à fait semblable, jusque dans les cavités séreuses et les cavités kystiques pathologiques. Nous étudierons successivement les diverses localisations du xanthélasma externe et interne, en insistant surtout sur les plus communes et les mieux étudiées.

Xanthélasma externe. — *a. Paupières.* — Les paupières sont, sans contredit, le siège le plus fréquent de l'éruption xanthélasmique qui affecte presque constamment les variétés maculeuse et papuleuse. L'analyse d'un certain nombre de faits donne, au sujet de leur point de départ et de leur distribution, des résultats assez singuliers et d'une explication difficile.

Un premier fait est que le début de l'affection se montre beaucoup plus souvent sur les paupières de l'œil gauche que sur celles de l'œil droit. Sur 27 observations dans lesquelles le point de départ des taches est signalé, nous trouvons le début sur l'œil gauche mentionné 25 fois, et sur l'œil droit, deux fois seulement. Presque toujours, d'ailleurs, les deux yeux finirent par être envahis, et sur 46 malades, nous n'en trouvons que 10 chez qui l'affection fut unilatérale au moment de l'observation.

Les taches ont également une prédilection très marquée pour le grand angle de l'œil que les auteurs allemands dé-

signent du nom de canthus interne. Sur 31 observations, dans lesquelles l'angle de l'œil où se sont montrées les premières taches, soit signalé, nous voyons que l'angle interne a été atteint le premier dans 30 cas et l'angle externe, dans 1 cas seulement.

Nos propres observations confirment dans une certaine mesure les faits bizarres que nous venons d'énoncer. Chez la femme Boutet, la première tache palpébrale se montra à la partie interne de la paupière supérieure gauche ; chez la femme Manière, il existait une tache unique sur la moitié interne de la paupière supérieure gauche, enfin la nommée Herkening a les paupières couvertes de plaques légèrement saillantes (variété papuleuse) groupées vers l'angle interne des yeux.

β *Face*. — Les taches et papules xanthélasmiques peuvent se rencontrer sur tous les points des téguments de la face, mais elles affectent une prédilection marquée pour le pourtour des orifices naturels. On les a signalées sur les joues, au voisinage des paupières, sur la peau du nez et du pavillon de l'oreille, sur les lèvres, autour de l'orifice buccal et sur les muqueuses labiale, gingivale et linguale. Chez notre homme de l'hôpital Saint-Louis, il existait au niveau des commissures des lèvres, des taches légèrement jaunâtres, qui se prolongeaient sur la muqueuse buccal et ne manquaient pas d'analogie, par leur siège et leur forme, avec les taches opalines que l'on rencontre chez les syphilitiques.

Les tubercules sont aussi rares à la face que les taches et papules y sont fréquentes ; on les a signalés sur les muqueuses des lèvres, du nez et des joues (*Hilton Fagge, Hebra, Smith*) ; le malade dont nous venons de parler en présentait quelques uns disséminés sur le front, mais les portions pileuses de la face, la lèvre supérieure, le menton en étaient parsemés, et il en existait, à l'entrée des narines

d'assez volumineux pour gêner la respiration (voy. p. 20).

γ. *Tronc. — Membres.*

Le cou et le tronc sont rarement affectés ; il en est autrement des membres sur lesquels on observerait la forme plane du côté de la flexion, par exemple, sur la face palmaire de la main et des doigts, et la forme tuberculeuse du côté de l'extension et au niveau des articulations. D'après *Bristowe*, lorsque les tubercules occupent la plante des pieds et la paume des mains, ils sont ordinairement très petits et très nombreux. Chez notre malade, le nommé Sonnet, les mains seules étaient atteintes et du côté de la flexion. Les éminences thénar et hypothénar, la face palmaire des doigts et surtout la pulpe des dernières phalanges étaient couvertes de tubercules de volume variable qui étaient, en certains endroits à la pulpe des pouces surtout, tellement serrés les uns contre les autres qu'ils formaient par leur réunion, de véritables plaques à surface grossièrement granuleuse. On pouvait également observer, chez ce malade, la disposition que prennent les tubercules xanthélasmiques au niveau des plis déterminés sur la face palmaire de la main par les mouvements articulaires. Ces plis étaient représentés par des lignes jaunes qui semblaient tracées au pinceau ; en les regardant avec soin, on s'apercevait qu'elles étaient formées d'une succession de petites élevures, les unes arrondies, les autres linéaires disposées bout à bout, comme les grains d'un chapelet. Ce fait est d'ailleurs signalé par *Murchison*.

δ. *Organes génitaux.* — Nous ne trouvons, dans les observations que nous avons compulsées, aucun détail sur la présence de lésions xanthélasmiques au niveau des organes génitaux externes de la femme ; aussi nous bornerons-nous à en étudier les localisations sur ceux de l'homme.

Kaposi a vu le xanthème sous forme de taches et de nodosités isolées et semblables à des grains de blé sur la racine du pénis d'un jeune homme ; nous avons vu également, chez

le nommé Sonnet, le même semis de granulations sur le pubis et la peau du quart postérieur de la verge : la plupart d'entre elles étaient traversées par un poil.

Le même malade nous a offert une localisation qui ne paraît avoir encore été vue chez aucun autre : il portait, ainsi que nous l'avons dit dans son observation, une large tache blanc jaunâtre, lisse, à bords irréguliers et diffus, assez semblable à une tache de vitiligo et siégeant à l'extrémité antérieure de la verge dans la rainure balano-préputiale. On pourra étudier l'aspect, le siège et les dimensions de cette tache sur une des planches annexées à notre mémoire des *Archives de physiologie* (1).

Xanthélasma interne. — *α. Muqueuses.* — Nous avons vu que l'on rencontrait assez souvent le xanthélasma sous forme de papules à l'entrée des voies digestives : sur les muqueuses labiale, linguale et gingivale. *Pye Smith* les a également observées sur la muqueuse du voile du palais, de la partie supérieure de l'œsophage et jusque sur les canaux biliaires dilatés à la suite d'une oblitération du canal cholédoque.

La muqueuse des voies respiratoires est quelquefois atteinte de la même affection. On a trouvé des plaques sur la membrane de Schneider, et *Wickam Legg* a montré en 1874, à la Société pathologique de Londres, les pièces d'un homme qui offrait un exemple remarquable de localisation interne de la diathèse que nous étudions. Chez ce malade, il existait des taches aux paupières, aux oreilles, à la nuque, aux jarrets, à la paume des mains, et à l'autopsie on en trouva également sur la muqueuse œsophagienne, à la bifurcation de la trachée, et sur la capsule de la rate.

(1) Voir, dans les *Archives de physiologie* pour 1879, deux planches représentant en chromo-lithographie, l'une la tête, l'autre une main et les organes génitaux du malade de notre deuxième observation. — Une troisième planche est consacrée à la reproduction de nos préparations histologiques

L'autopsie de Sonnet ne devait pas nous réserver de moindres surprises : nous avons vu que les voies respiratoires sur toute leur longueur, depuis l'épiglotte jusqu'aux ramifications bronchiques de 4^e ou 5^e ordre, étaient couvertes de larges papules légèrement saillantes et disposées dans un certain ordre. Nous renvoyons à l'observation, pour la description minutieuse de ces curieuses altérations qui sont certainement le plus bel exemple et, avec le cas de Wickam Legg, le seul exemple connu de xanthélasma laryngo-trachéo-bronchique (voir, à la partie anatomopathologique, l'autopsie de ce malade).

β. *Les séreuses elles-mêmes semblent ne pas échapper à la diffusion du produit xanthélasmique.* — Nous venons de voir que dans le cas de Wickam Legg, il existait des plaques sur la capsule de la rate. Le même auteur les a signalées sur la portion du péritoine qui recouvre le rectum *Hilton Fagge*, sur l'endocarde de l'auricule gauche et sur la tunique interne de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

γ. Une observation de *Virchow*, relative à une malade de la clinique de *Von Gräfe*, semble prouver que la cornée peut elle-même être atteinte. Chez ce malade la cornée droite était le siège d'une tumeur jaunâtre, saillante de plusieurs lignes qui, à l'examen microscopique se montra constituée par de grosses cellules de forme variable, remplies de granulations graisseuses volumineuses ; les mêmes granulations se retrouvaient à l'état de liberté dans ce que l'on regardait alors comme les espaces plasmatiques dans les *Salzcanälchen*, pour nous servir de l'expression de *Von Recklinghausen*.

δ. *Cavités kystiques.* — Il n'est pas jusqu'à certains kistes dont les parois ne puissent présenter des saillies et des plaques très analogues, par leur structure et leur apparence, aux taches xanthélasmiques. La présence de semblables taches a été signalée par MM. Malassez et de Sinéty

sur les parois des kystes de l'ovaire dits prolifères auxquels notre maître M. Malassez applique la dénomination plus scientifique d'*épithélioma mucoïdes*. Nous renvoyons au travail de ces messieurs pour la description de ces lésions, mais nous avons pu nous assurer par nous-même, d'après les préparations qu'ils ont bien voulu nous montrer, que les parois kystiques sont le siège en ces points d'altérations qui ne diffèrent en rien de celles que nous avons décrites dans les papules de la peau et de la muqueuse des voies aériennes.

2. A défaut des résultats de l'étude histologique, celle des localisations du xanthélasma montre bien que cette affection ne saurait avoir son siège dans les glandes sébacées comme l'ont cru plusieurs auteurs, *Erasmus Wilson*, notamment. Nous voyons en effet les plaques et les tubercules siéger indifféremment sur les parties pileuses telles que la lèvre supérieure, le menton et le pubis et sur des régions entièrement dépourvues de glandes sébacées comme le sont la paume des mains, la plante des pieds et les membranes muqueuses et séreuses. Ainsi se trouve confirmée par la clinique l'opinion que nous avons émise après bien d'autres d'ailleurs, à la suite de nos recherches anatomiques : le xanthélasma est une lésion du tissu conjonctif et non d'un système glandulaire.

C. *Caractères subjectifs*. — Les macules et les taches sont complètement indolentes ; tout au plus sont-elles le siège de légères démangeaisons et de quelques picotements, lorsqu'elles sont irritées par un contact trop fréquemment renouvelé. Toutefois, notre malade de la Salpêtrière (*obs. I*) prétendait qu'au moment de ses règles les plaques qu'elle portait aux paupières, devenaient le siège de fourmillements et s'élargissaient quelque peu, en même temps que ses yeux devenaient lourds ; encore cette femme était-elle hypochondriaque et très portée à analyser et

exagérer ses moindres sensations. Au niveau des plaques, la sensibilité était intacte (1).

Les nodules xanthélasmiqes sont le siège de douleurs vives lorsqu'ils sont soumis à des frottements et à des contusions répétées ; ces conditions se réalisent pour les tubercules de la face palmaire des doigts et de la main. Les malades se plaignent alors de douleurs brûlantes et térébrantes extrêmement pénibles qui, chez le sujet de notre deuxième observation persistaient quelque temps après que le contact eût cessé et ne manquaient pas d'analogie avec celles que déterminent les cicatrices et les tumeurs des nerfs. Nous avons vu, d'ailleurs, dans le chapitre que nous avons consacré à l'anatomie pathologique des tubercules que la lésion scléreuse des nerfs qui y sont contenus explique très suffisamment les douleurs dont ils sont le siège. Ils ne paraissent pas d'ailleurs douloureux spontanément, leur sensibilité tactile nous a paru assez faible et l'on peut les couper et les piquer sans déterminer de souffrances bien vives.

D. Troubles fonctionnels. — Les plaques palpébrales lorsqu'elles siègent aux paupières supérieures et ont acquis un certain volume, alourdissent ces voiles membraneux, dépassent leur bord libre et peuvent apporter un certain obstacle à l'exercice de la vision. Nous avons vu également chez un de nos malades, un groupe de tubercules assez volumineux siégeant à l'orifice des narines rendre la respiration nasale assez pénible pour que le patient demandât à en être débarrassé.

Les troubles fonctionnels déterminés par la présence

(1) Chez le malade de notre deuxième observation, l'extrémité de la verge était parfois le siège de vives démangeaisons qui le portaient à se gratter avec énergie, mais nous n'avons pu discerner si ce prurit tenait à la macule du sillon balano-préputial ou à l'extension du prurigo ictérique dont il était atteint.

de tubercules confluents à la paume des mains et sur la pulpe des doigts sont beaucoup plus graves et peuvent empêcher le malade de se livrer à toute profession manuelle. Tel était le cas de Sonnet qui ne pouvait saisir et soulever tout objet un peu lourd et un peu dur. L'impuissance, en pareil cas, reconnaît sans doute une double cause ; d'abord la diminution de la sensibilité tactile au niveau des tubercules, ensuite et surtout les douleurs intolérables déterminées par toute pression un peu forte que l'on exerce à leur surface. L'impossibilité de se livrer à aucun travail était certainement ce qui désolait le plus notre malade.

E. *Marche du xanthélasma*. — Le développement des taches de xanthélasma a été récemment décrit par M. *Quinquaud*, dans une note additionnelle à notre communication à la Société clinique.

« On voit apparaître au début, sur un seul point (paupières), ou sur un plus grand nombre de points des taches congestives dont la rougeur disparaît sous la pression du doigt pour laisser au-dessous une teinte d'un jaune spécial qui n'est pas celle de l'hématine. Déjà à cette époque, la graisse existe en plus grande quantité qu'à l'état normal ; ainsi un poids donné de derme malade donne en graisse par l'analyse chimique, trois à quatre fois la quantité fournie par le même poids de derme sain du même malade. »

« Un peu plus tard, soit par la coalescence des plaques, soit par leur extension progressive, on voit se former des plaques jaunes au centre et limitées par une zone hyperhémie ; leur couleur est d'un jaune fauve, d'un jaune gomme gutte ou plus bleuâtre ; en un mot ce sont de jaunes variables suivant la période à laquelle on observe l'état morbide. »

« Certaines plaques restent planes pendant toute leur

durée, d'autres proéminentes simulent les tubercules jaunes. Mais c'est le même processus. Souvent dès le stade précédent, la pression détermine des douleurs. »

Nous avons moins de renseignements sur l'évolution de la forme nodulaire; l'apparition des tubercules nouveaux était chez le sujet de l'observation II, précédée de picotements agaçants et bientôt l'on voyait apparaître un point blanc à peine perceptible qui jaunissait en vieillissant.

D'après quelques auteurs, la surface toute entière d'une plaque pourrait se transformer, au bout de plusieurs mois, en xanthélasma tubéreux. La quatrième observation d'Addisson et Gull en est un exemple.

L'éruption xanthélasmique, commence presque toujours par les paupières, et nous avons vu que sur 58 cas, le début avait eu lieu 7 fois seulement par d'autres points du corps; nous savons également que le siège de prédilection des premières plaques est la paupière supérieure gauche et plus spécialement l'angle interne de celle-ci. Il est rare toutefois, que l'affection reste localisée à un seul côté de la face. Le xanthélasma est une des affections cutanées qui affectent le plus de tendance à la symétrie et non seulement, ainsi que l'avait bien remarqué *Hutchinson*, les deux yeux ne tardent pas à en être affectés, mais encore les taches y présentent dans chacun, à peu près le même siège et la même disposition. Lorsque l'affection remonte à une époque éloignée, on peut même les voir se réunir et former autour des ouvertures palpébrales, un cercle jaune fauve de l'apparence la plus singulière que l'on a comparé aux taches qui entourent l'œil du blaireau. (Dachtauge.)

Les tubercules xanthélasmiques, dont nous avons vu les caractères au moment de leur apparition, grossissent et jaunissent peu à peu et tendent à prendre une forme aplatie. Nous avons étudié dans un autre chapitre, leur

évolution histologique ; parvenus à un certain volume, ils peuvent se réunir sous forme de groupes ou de plaques granuleuses, mais leur accroissement paraît se ralentir, probablement parceque les vaisseaux et les nerfs qu'ils renferment, se détruisant par le processus scléro-adipeux que nous avons indiqué, ils tendent à se transformer en corps semi-étrangers à l'économie et ne sont plus nourris que par imbibition à la manière des cartilages par exemple. Nous savons également, que la circulation interstitielle de la lymphe y est réduite à son minimum.

Malgré cette oblitération de toutes les voies de la circulation, cette sclérose des nerfs et cette transformation des tubercules en un bloc compacte de tissu scléreux, on ne les a jamais vu s'ulcérer, ni être éliminés à la manière d'un corps absolument étranger à l'économie. On les voit quelquefois changer de couleur et devenir bruns, on aurait également, dans quelques cas, constaté leur dépression et même leur disparition.

D'autres fois, au contraire, le processus inflammatoire chronique, tout en restant stationnaire dans les couches superficielles du derme, semble gagner les parties profondes. Dans une observation de *Gull* et de *Pavy*, il s'était établi des adhérences entre des tubercules volumineux et les gaines des extenseurs des doigts, de telle sorte que ceux-ci participaient aux mouvements de ces gaines tendineuses.

F. Identité des deux formes de xanthélasma. — Nous avons démontré plus haut l'identité anatomique des deux formes du xanthélasma, en analysant et comparant les processus qui les caractérisent, et nous pouvons voir dès à présent que, cliniquement, cette identité n'est pas moins complète. La co-existence presque constante des taches et des nodules chez le même malade, leur évolution parallèle, leur coloration à peu près identique, la transforma-

tion possible du xanthoma planum en xanthoma tuberosum en sont les preuves suffisantes. Il n'en existe pas moins, entre ces deux formes, des différences anatomiques et cliniques notables, mais tout à fait insuffisantes pour en faire deux affections nosologiquement distinctes.

ÉTIOLOGIE — RELATIONS PATHOLOGIQUES.

1° Étiologie.

Nous ignorons entièrement les causes occasionnelles du xanthélasma : nous n'avons de données à peu près certaines que sur l'influence prédisposante de l'âge, du sexe et de l'hérédité et sur les affections qui coexistent le plus communément avec cette dermatose singulière et qui paraissent unies à elle par certains liens pathologiques : nous étudierons d'abord les causes prédisposantes du xanthélasma et nous nous servirons de l'étude de ses relations pathologiques pour en discuter la nature, ce que nous ferons dans le chapitre suivant.

1° *Sexe*. — Le xanthélasma est incontestablement plus commun chez la femme que chez l'homme : d'après *Addison* et *Gull*, les trois quarts des malades appartiendraient au sexe féminin. Sur nos quatre malades, trois sont des femmes et si nous consultons notre relevé des observations appartenant à *Addison* et *Gull*, *Hutchinson*, *Hilton Fagge*, *Pavy*, *Murchison*, *Lailler*, *Larraydy*, *Wickam Legg*, *Kaposi*, *Hirschberg*, *Besnier*, les quatre qui nous sont personnelles, ainsi que l'observation récente de M. le professeur *Potain*, nous trouvons sur 58 malades 24 hommes et 30 femmes soit une proportion de 690/0 environ en faveur de ces dernières.

2° *Age*. — D'après *Hutchinson*, les âges extrêmes entre lesquels on aurait observé le xanthélasma sont compris

entre 28 et 59 ans. Sur notre statistique, l'âge des malades est noté dans 54 observations, mais l'époque exacte du début de l'affection n'est spécifiée que 21 fois : elle nous montre que l'âge moyen des malades est compris entre 41 ans et 46 ans, le plus jeune avait 8 ans et le plus âgé 84 ans ; tous les deux appartenaient au sexe féminin.

3° *Hérédité.* — La grand'mère d'une des malades de *Hutchinson*, aurait été atteinte de xanthélasma ; la même affection se rencontrait chez deux frères dont le même observateur raconte l'histoire.

Le seul travail qui a été fait sur l'influence de l'hérédité sur le développement du xanthélasma est celui de *Church*, dont nous allons donner les principales conclusions.

Church regarde la transmission héréditaire du xanthélasma comme assez fréquente, bien qu'il n'ait pu l'observer que dans deux familles : encore ne fût-il recueilli que sur une seule des renseignements assez précis pour être publiés. Il serait assez difficile de suivre l'auteur dans les développements généalogiques auxquels il se livre ; aussi préférons-nous les résumer dans le tableau suivant qui montrera en évidence que le xanthélasma comme le cancer, le tubercule et le rhumatisme peut s'installer dans une famille et frapper un bon nombre de ses membres.

1° Fils aîné....	Fille....	Xanthélasma.	} Enfants et petits- enfants indemnes.
—	Fille.	—	
—	Fille.	—	
2° Fils.....	Pigmentation de la peau.		
3° Fils.....	Mort jeune.		
4° Fille-aînée.	Xanthélasma.	— Pas d'enfants.	
5° Fille.....	Petit-fils.	— Xanthélasma.	
6° Fille.....	Enfants et petits-enfants indemnes.		
7° Fille.....	Xanthélasma.	— Cinq enfants dont un atteint de xanthélasma.	

Ainsi, sur une première génération comprenant trois

garçons et trois filles, deux de ces dernières sont xanthélasmiques. Dans une seconde génération, un des garçons qui était resté indemne a une fille xanthélasmique; dans une troisième enfin, nous trouvons deux individus atteints de la même affection.

Church remarque que dans tous ces cas, il s'agit de la forme plane et localisée aux paupières et que chez aucun des membres de cette famille beaucoup plus nombreuse qu'on ne peut le voir d'après notre tableau, il n'a existé d'affection hépatique; quelques uns avaient seulement de légères migraines.

2° Relations pathologiques.

Nous allons maintenant passer en revue les différentes affections que l'on a rencontrées chez les xanthélasmiques avec assez de fréquence pour qu'on ait pu songer à établir entre elles et le xanthélasma une relation pathologique et leur faire un rôle dans la pathogénie de cette dermatose. Toutes ne sont pas d'une fréquence et d'une importance égale, aussi nous bornerons-nous à mentionner les unes et parlerons-nous des autres : d'ictère et des affections hépatiques, par exemple, avec plus de détails.

1° *Coloration bronzée de la peau.* — Le xanthélasma paraît être positivement plus commun chez les personnes brunes que chez les autres; du moins trouvons-nous sur 58 observations que 20 malades avaient la peau et le système pileux très bruns, fait qui a d'autant plus de valeur que la teinte de la peau et la couleur des cheveux des autres n'étant pas indiqués il doit se trouver parmi eux encore un certain nombre de bruns chez qui le degré de pigmentation n'aura pas frappé les observateurs. Tous nos malades appartenaient à cette catégorie et nous avons si-

gnalé chez la femme Boutet (observation I), une coloration bronzée extrêmement prononcée surtout aux régions palpébrales et orbitaires.

2° *Dermatoses.* — Parmi les observations d'*Hutchinson*, il en est une ou deux qui semblaient indiquer la présence de follicules sébacés hypertrophiés au voisinage et au pourtour de plaques palpébrales à ce point que l'on peut se demander si une de ces observations n'est pas relative à un cas de milium. Les altérations des glandes sébacées des paupières peuvent du reste affecter, pour l'angle interne de l'œil la même prédilection que le xanthélasma ainsi que l'on peut s'en convaincre en examinant une pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis qui reproduit un cas d'acné varioliforme.

Les dermatoses ne semblent pas d'ailleurs beaucoup plus communes chez les xanthélasmiques que chez les autres individus. Sur nos 58 observations nous n'en trouvons que 4 cas dans lesquels nous ne faisons pas rentrer, bien entendu, le prurigo, qui est assez fréquent chez les malades atteints d'ictère et de lésions hépatiques.

3° *Affections arthritiques.* — La migraine et différents phénomènes que l'on peut rattacher à l'arthritisme : engourdissement des extrémités, vertiges accompagnés d'engourdissement de nausées et d'amaurose, se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez nos malades que les affections dont nous venons de parler et méritent quelque attention.

Hutchinson est le premier qui ait signalé cette complication sur laquelle il insiste assez longuement ; nous la trouvons mentionnée 29 fois sur 58 cas que nous avons recueillis. Une des malades de *Hutchinson*, âgée de 55 ans, ne portant qu'une seule plaque près du canthus interne de la paupière supérieure gauche, avait des accès de migraine nauséuse avec engourdissement et tremblement des

membres supérieurs, une seconde non migraineuse, il est vrai, était dyspeptique et avait de fréquentes indigestions ; une femme de 39 ans vue par le même observateur avait trois fois sur une des attaques caractérisées par de l'amblyopie, du bredouillement, de la parésie des membres supérieurs et suivies d'une violente migraine nauséuse. chez elle l'amaurose était survenue à 25 ans : un homme de 30 ans, affecté d'une seule plaque palpébrale, était migraineux, dyspeptique et sortait un « ulcère » au bras ; un autre malade également observé par *Hutchinson*, est plus intéressant et plus complet encore ; affecté de plaques palpébrales, il avait eu jusqu'à 25 ans de « terribles migraines nauséuses, » puis des rhumatismes et de l'eczéma tubéreux d'une jambe, il était habituellement constipé. Nous ne pouvons prolonger ces citations, mais il est facile de se convaincre en consultant, comme nous l'avons fait le tableau synoptique de toutes ces observations, que beaucoup de malades atteints de xanthélasma ont ou ont eu des phénomènes que l'on peut rattacher à l'arthritisme et qui ont consisté en migraine-nauséuse, accès d'amblyopie ou d'amaurose, accidents goutteux et rhumatismaux, tremblements, paralysies et engourdissements temporaires des membres et surtout des membres supérieurs ; plusieurs enfin se plaignaient de coliques ou tout au moins de douleurs hépatiques et de dyspepsie habituelle. Nous nous servons de ces faits que nous regrettons de ne pouvoir appuyer par la publication de pièces justificatives pour montrer que le xanthélasma pourrait bien être une affection dont la maladie serait l'arthritisme. — Notre malade de la première observation était manifestement arthritique, il avait eu des accès d'amaurose.

4° *Diabète*. — Dans deux cas signalés par Bristowe et Addison et Gull, les malades étaient diabétiques, fait qui peut s'ajouter à ceux dont nous allons parler, pour établir

le rôle joué par le foie dans la pathogénie du xanthélasma.

2° *Ictère.* — *Altérations organiques du foie.* — Tous les auteurs qui se sont occupés du xanthélasma depuis *Hutchinson*, ont insisté sur la fréquence de l'ictère dans le cours de cette affection et l'ont même rencontré plus souvent que le dermatologiste anglais qui n'ayant guère observé que la forme palpébrale, ne l'avait signalé que six fois sur ses 36 observations. Nous le trouvons indiqué 22 fois sur nos 58 observations, encore les observations d'*Hutchinson* sont-elles comprises dans ce nombre ; de telle sorte que l'ictère a été noté 46 fois sur 22 cas, depuis le mémoire de ce pathologiste.

L'ictère est beaucoup plus fréquent dans la forme généralisée que dans la forme purement palpébrale : il est généralement foncé et de longue durée ; on l'a vu persister des mois et même des années, 7 ans, dans une observation de *Franck Smith*. Son apparition précède généralement de plusieurs mois l'éruption xanthélasmique ; chez le malade de notre deuxième observation, la coloration jaune des téguments aurait été remarquée 5 ou 6 mois avant l'apparition des premiers tubercules, il est vrai que le malade ne savait à quelle époque faire remonter l'apparition des taches palpébrales dont il ignorait même l'existence.

Kaposi donne également d'après les observations d'*Addison* et *Gull*, *Barensprung*, *Pavy*, *Fagge*, *Murchison*, *Smith*, *Cohn* et *Wuldeger*, *Varchow* et *Von Graefe*, *Barlow*, *Géissler*, *Hirschberg-Hébra*, un relevé de 27 cas dans lesquels l'ictère a été signalé 15 fois et résume 5 observations personnelles dans lesquelles l'ictère a été vu deux fois, mais dans l'un d'eux, l'ictère avait été passager et remontait à une époque antérieure de 14 ans au début de la dermatose ; aussi cette observation qui est la quatrième de celles que rapporte *Kaposi*, nous semble devoir être éliminée au point de vue qui nous occupe en ce moment.

Il n'en n'est pas moins certain que le xanthélasma survient souvent, dans le tiers des cas peut-être, au cours d'un ictère chronique et que l'on voit là plus qu'une coïncidence. Une semblable jaunisse ne peut guère être due qu'à une affection organique du foie et nous ne trouvons malheureusement dans les auteurs que fort peu de diagnostics précis et encore moins d'autopsies bien faites et corroborées par des examens microscopiques. Les analyses du sang font encore plus défaut, aussi sommes-nous heureux que M. *Quinquaud* ait bien voulu nous donner, à ce sujet quelques renseignements que nous mettrons à profit et analyser celui de notre malade de l'hôpital Saint-Louis.

Les cas où la lésion hépatique a été reconnue doivent être divisés en trois catégories ; l'une comprend ceux où elle a été qualifiée d'hypertrophie du foie sans diagnostic plus précis, tels sont les cas de *Hilton Fagge*, *Addison*, *Pavy*, *Bazin*, la seconde comprend les cas où le diagnostic a été plus complet sans être vérifié par l'autopsie, ce sont ceux de *Hutchinson* dont le malade originaire des pays chauds, avait été traité pour une hypertrophie du foie avec ictère et ascite et de *Larraydy*, relatif à un personnage administratif bien connu du monde médical dont le foie est légèrement augmenté de volume et qui fut soigné d'une dyscrasie calculeuse par M. *Gendrin*, enfin un autre cas de *Hilton Fagge* dont le sujet fut une femme atteinte de xanthélasma palpébral qui fut ponctionnée pour une ascite et sortit mourante de l'hôpital.

A la troisième catégorie de faits se rapportent quelques autopsies encore en petit nombre, et pour la plupart assez incomplètes : *Moxor* aurait rencontré, dans un cas compliqué d'ictère, un rétrécissement cicatriciel du canal cholédoque, et *Vickam Legg*, dans un autre, un kyste hydatique comprimant les voies biliaires. Mais les seules autopsies qui nous paraissent avoir été publiées avec des détails

suffisants sont celles de *Murchison* et la nôtre. Nous n'insisterons pas sur cette dernière dont on trouvera la relation dans notre chapitre consacré à l'anatomie pathologique, et nous nous bornerons à résumer l'observation de *Murchison*.

Le malade Angelo S..., âgé de 41 ans, était un alcoolique atteint depuis 4 ou 5 ans de troubles gastriques divers : dyspepsie, pituites, vomissements. Vers la même époque il était devenu faible et languissant et son ventre avait commencé à grossir. Six mois après, ictère n'a pas cessé depuis. Un an avant son admission, douleur dans la région du foie et entre les épaules ; six mois avant son admission, apparurent des plaques pâles, décolorées, sur les paupières. Depuis ce temps, il eut quelques épistaxis et quelques hémorrhagies anales.

A son entrée, on constate, outre les plaques xanthélasmiques et certaines plaques brunes sur lesquelles nous passons, une hypertrophie considérable du foie, qui était douloureux à la pression, dur et lisse. La rate était très grosse et son bord inférieur dépassait de trois pouces le rebords costal. Ni ascite, ni développement des veines cutanées abdominales. L'urine renfermait beaucoup de pigment biliaire et des traces d'albumine sans sucre ni leucine et tyrosine. Le malade resta un mois à l'hôpital et succomba avec des phénomènes cérébraux.

A l'autopsie, on trouva le foie très volumineux et pesant 80 onces $\frac{3}{4}$, lisse, dur, sa capsule externe était épaissie et fixée aux parties voisines par des adhérences déjà anciennes. La rate était également hypertrophiée et pesait 23 onces. Nous passons sur les altérations des autres organes. L'examen microscopique du foie ne paraît pas avoir été fait avec une grande compétence et n'est pas très clairement exposé ; il montra une augmentation considérable du tissu fibreux de l'organe, mais ce qu'en dit *Murchison* ne permet de se faire aucune idée de la forme de cirrhose

dont le foie était atteint. Peut-être la marche clinique, l'ictère, l'absence presque complète d'ascite, la périhépatite et l'hypertrophie de la rate permettent-ils de présumer que son malade a succombé à une cirrhose biliaire d'origine alcoolique ?

NATURE ET PATHOLOGIE DU XANTHÉLASMA (1).

Nous possédons maintenant les documents nécessaires pour discuter, autant qu'il est possible de le faire dans l'état actuel de la science, la nature et la pathogénie du xanthélasma. Ce n'est toutefois que sous toutes réserves que nous poserons nos conclusions à cet égard, car les observations relatives à cette affection sont encore peu nombreuses ; nous n'en avons vu par nous-même qu'un nombre de cas fort restreint et nous ne pensons pas que son histoire puisse, dès aujourd'hui être considérée comme complète.

Nous passerons d'abord en revue les diverses théories qui ont été émises à ce sujet, puis nous inspirant de nos recherches et de celles des observateurs qui nous ont précédé, nous chercherons à résoudre, autant que faire se peut, les questions suivantes: 1° qu'est le xanthélasma en tant qu'affection ? — 2° de quelle maladie relève-t-il ? — quel est le

(1) La place dont nous devons disposer étant forcément limitée, on nous pardonnera de ne rien dire du diagnostic, du pronostic et du traitement du xanthélasma. Le diagnostic est presque toujours facile sauf pour la forme tubéreuse que nous avons étudiée d'après une seule observation. Le pronostic dépend, au point de vue des troubles fonctionnels, du siège des plaques et des tubercules et, au point de vue de la vie des malades, de l'ictère et des lésions hépatiques qui peuvent exister. — Quant au traitement, il est nul ; tout au plus peut-on tenter l'excision des tubercules s'ils sont gênants et peu nombreux. Nous avons essayé en vain de les faire disparaître en y injectant des liquides caustiques, et notamment de l'acide chromique, mais l'absence de circulation interstitielle dans le tubercule nous a bientôt expliqué l'insuccès de cette tentative.

mode de production des altérations qui le caractérisent ou mieux quels moyens la maladie met-elle en œuvre pour déterminer l'affection qui nous occupe et dans quelles conditions spéciales la détermine-t-elle ? Nous suivrons, on le voit, dans cette tentative la méthode nosologique de *Bazin*; il serait d'ailleurs difficile de choisir un meilleur guide.

Nous commencerons par mettre de côté l'opinion déjà ancienne d'*Hébra* qui « regarde le xanthélasma comme une « dégénérescence spéciale du sébum et des glandes qui « sécrètent cette substance. » Nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches histologiques que si l'on trouve assez souvent des granulations de miliaire au voisinage des plaques xanthélasmiqes, le xanthélasma n'est pas une affection des glandes de la peau, mais bien du tissu conjonctif. La présence de diverses formes de cette affection en des points dépourvus de glandes sébacées : paume des mains, muqueuses, séreuses, etc., suffisait d'ailleurs, en dehors de toute notion histologique, pour renverser la théorie d'*Hébra*.

Hutchinson, qui ne connaissait guère que les plaques palpébrales, les rapproche des taches qui surviennent dans la même région dans le cours des affections hépatiques, utérines et de certaines affections nerveuses. Il admet « que toute cause capable de produire des aréoles sombres « autour des yeux : grossesse, troubles hépatiques, maladie de l'ovaire, simple fatigue nerveuse, peut prédisposer au xanthélasma. » D'autre part *Hilton Fagge* considère comme probable « que les taches xanthélasmiqes « des paupières sont le résultat d'une perversion de nutrition secondaire à des troubles nerveux et comparables « aux modifications de couleur des sourcils dont *Anstie* a « bien montré la dépendance par rapport aux accès « névralgiques. »

Des opinions formulées d'une manière aussi vague et

aussi éloignée des habitudes d'esprit que doit donner l'étude fort peu cultivée d'ailleurs, en certains pays, de la véritable pathologie générale, sont aussi difficiles à attaquer qu'à soutenir. La structure des lésions xanthélasmiques est d'abord entièrement différente de celle des taches hépatiques, utérines, etc., aussi bien que celle des pigmentations que l'on observe chez les hystériques et les tuberculeux. Il est certain que beaucoup de malades atteints du xanthélasma peuvent avoir des affections utérines, ovariennes, plus souvent encore des affections hépatiques, et que quelques-uns ont des névralgies ou sont des névropathes ; mais en quoi ce cahos de dénominations symptomatiques nous renseigne-t-il sur l'état général, sur l'état constitutionnel, sur la maladie d'où dépend le xanthélasma et nous explique-t-il comment tel sujet, atteint d'une affection hépatique, sera xanthélasmique et tel autre ne le sera pas ? Mieux vaut avouer son ignorance que de se contenter de semblables explications.

M. le professeur Potain, dans une leçon récente, a tenté, sans chercher la nature du xanthélasma, de donner une explication rationnelle de son mode de production. Pour ce savant médecin, le dépôt d'amas graisseux dans les divers tissus serait « le résultat d'une altération, d'une « oxidation particulière développée sous l'influence d'une « maladie du foie.

On voit, par ce qui précède, que personne n'a tenté de résoudre la question d'une façon complète et ne l'a envisagée au point de vue élevé de la pathologie générale ; c'est ce que nous allons faire, non dans l'espoir de réussir, mais dans celui d'avoir des imitateurs plus compétents et plus heureux.

Première question. — Qu'est le xanthélasma considéré comme affection ?

Un état pathologique étant donné, le médecin qui a souci

de faire un diagnostic vraiment scientifique doit chercher :
1° la lésion ; 2° les symptômes ; 3° l'affection ; 4° la maladie.

« La lésion est l'altération matérielle des organes. »

« Les symptômes sont les perturbations fonctionnelles
« que subissent les organes ou un changement perceptible
« dans les conditions physiques de l'organe ou des matières
« excrétées. »

« L'affection est un état morbide d'un ou de plusieurs
« organes. Elle est caractérisée, tantôt par des lésions et
« des symptômes, tantôt seulement par des lésions ou des
« symptômes. »

« La maladie est un état accidentel contre nature de
« l'homme qui produit et développe un ensemble de désor-
« dres fonctionnels et organiques, isolés ou réunis,
« simultanés ou successifs. »

Telles sont les définitions de *Bazin*. Qu'on nous permette de prendre un exemple : un malade présente un ensemble de phénomènes qui font diagnostiquer une paralysie générale ; le médecin ne pourra posséder une connaissance complète du cas qui lui est soumis que s'il connaît : 1° les lésions, qui sont dans le système nerveux central ; l'hésitation de la parole ; 2° les symptômes, qui pourront être le tremblement, les troubles psychiques, etc. ; 3° l'affection qui est tout l'ensemble de symptôme auquel on a donné le nom de paralysie générale ; 4° surtout la maladie qui pourra être la syphilis, une intoxication chronique par le plomb, et qui sera, dans le premier cas, une maladie constitutionnelle et dans le second, une maladie accidentelle, mais il est vrai, déterminée ou localisée par les influences constitutionnelles dont on ne se préoccupe pas en général d'une manière suffisante.

Il serait facile de multiplier à l'infini ces exemples.

Nous en avons choisi un où tout se rencontre ; il est sans doute des maladies qui restent latentes et n'en n'excitent

pas moins la puissance ; telles sont les maladies constitutionnelles dans leurs périodes de repos, et les maladies héréditaires avant leur première manifestation ; il est encore des maladies qui n'ont que des affections et des symptômes et qui ne se caractérisent que par des lésions qui ne sont en somme que des symptômes dus à des perturbations nutritives des organes et des tissus.

Pourquoi le problème qui se pose en présence d'un cas de paralysie générale, de péricardite ou devant une plaque muqueuse ne se poserait-il pas également en présence d'une éruption xanthélasmique ? Ici, la lésion est connue depuis les recherches histologiques, l'affection est spécifiée par des plaques et des taches ; est-elle de cause externe et purement artificielle ? évidemment non ; elle dépend donc d'une cause générale, d'une maladie ; c'est elle que nous devons rechercher.

Nous ne nous arrêterons pas ici à discuter si le xanthélasma est une tumeur de la peau ou non. Nous avons traité ailleurs cette question, peu intéressante, du reste, et toute faite de mots. Nous ne chercherons pas plus longuement quelle place il pourrait occuper en tant que lésion et affection dans les classifications dermatologiques, peu nous importe. Comme lésion, il ne peut rentrer dans aucune des classifications connues, puisque une classification histologique des dermatoses est encore à faire ; comme affection, nous pourrions placer les taches xanthélasmiques dans l'ordre des taches et les papules ainsi que les tubercules dans l'ordre des boutons papuleux et tuberculeux de la classification Villanique, modifiée par *Bazin*. Tout cela n'a au fond que très peu d'importance, car toute classification ne peut encore avoir en dermatologie et ailleurs que des prétentions à être une classification naturelle.

Une question plus importante est celle de savoir si le xanthélasma est une affection diathésique.

Bazin, après avoir critiqué avec beaucoup de justesse d'esprit la définition donnée de la diathèse par *Chomel* et *Baumes*, s'arrête à la suivante : « J'appelle diathèse une « maladie aiguë ou chronique, pyrétiqne ou apyrétique, « continue ou intermittente, le plus souvent continue, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par la formation « d'un seul produit morbide qui peut avoir son siège dans « tous les systèmes organiques. »

On voit que Bazin sépare complètement les maladies diathésiques des maladies constitutionnelles ; mais devons-nous croire avec lui que les diathèses sont toujours des maladies et ne peut-il y avoir d'affections dont les caractères soient ceux que l'illustre dermatologiste assigne aux diathèses, mais qui relèvent du cours d'une maladie constitutionnelle ? Bazin lui-même ne semble pas opposé à cette idée, lorsqu'il admet que la diathèse carcinomateuse, la carcinie peut être terme ultime de l'évolution de l'arthritisme et de la dartre. Le xanthélasma possède à coup sûr tous les caractères cliniques qu'il assigne aux diathèses ; mais est-il une maladie diathésique, ou n'est-il qu'une simple affection dont on peut rechercher le point de départ dans une cause plus générale ? c'est ce que nous essayerons de montrer dans le paragraphe suivant.

Deuxième question. — Certaines formes de xanthélasma dépendent-elles d'une maladie constitutionnelle ?

Bazin admet cinq maladies constitutionnelles principales : l'arthritisme, la scrofule, l'herpétisme, la syphilis et la lèpre. Le xanthélasma n'a aucun rapport certainement avec la scrofule et la syphilis ; l'herpétisme et encore une maladie assez mal caractérisée et très discutée, peut-être pourrait-on, dans certains cas, le regarder comme une manifestation encore inconnue de la lèpre et le rapprocher des léproïdes tuberculeuses desmoïdes avec lesquelles il présente des analogies de structure et même d'évolution ; mais ce sujet présente

encore de trop grandes difficultés pour que nous puissions le discuter aujourd'hui, et nous nous bornerons à rechercher si certaines formes de xanthélasma ne sont pas des affections de nature arthritique.

Les preuves manquent encore et nous en sommes réduits à de simples présomptions, parceque la plupart des observations de xanthélasma n'ont pas été prises au point de vue auquel nous nous plaçons, après le chef de l'école dermatologique française. Si néanmoins nous compulsions notre statistique, nous voyons qu'un grand nombre de malades ont présenté les symptômes que l'on rattache communément à l'arthritisme.

Parmi ceux-ci, nous devons placer, en première ligne, les migraines qui ont été signalées par la plupart des observateurs et que nous trouvons dans la proportion de 23 cas sur 58, proportion énorme, si nous songeons qu'il a fallu que les migraines fussent bien fortes, bien tenaces et accompagnées d'accidents bien extraordinaires pour attirer à ce point l'attention des observateurs. Ces migraines étaient en effet des céphalées violentes, accompagnées de vomissements et suivies de troubles bizarres du système nerveux : amauroses subites, tremblements des membres, paralysies des mains, etc., temporaires, il est vrai, et témoignant d'un raptus sanguin vers les centres nerveux qui est considéré avec raison comme un phénomène fréquent chez les arthritiques. Nous savons également que la migraine est considérée par *Bazin* comme un symptôme de la première période de l'arthritisme, et que *Trousseau* insiste beaucoup dans ses *Cliniques*, sur les rapports entre les dermatoses, le rhumatisme, la goutte, la gravelle, les hémorroïdes et la migraine, rapports qui sont assez intimes pour donner lieu à de véritables substitutions.

La migraine n'est pas le seul symptôme dont la fréquence frappe chez les xanthélasmiens. Au-dessus d'elle, il faut

placer les dyspepsies rebelles, autre manifestation arthritique que nous trouvons notée dans 8 cas, et les altérations du foie elles-mêmes, au moins celles qui succèdent à des congestions répétées et celles qui sont de nature calculeuse, ne sont peut-être pas toujours étrangères à cette maladie constitutionnelle.

En résumé il se pourrait, suivant nous, que certaines formes de xanthélasma fussent des léproïdes, que certaines autres fussent de nature arthritique. La femme Boutet, par exemple, qui fait l'objet de notre première observation, est une arthritique indéniable, et M. Quinquaud a rencontré l'arthritisme chez deux des quinze malades qu'il lui a été donné d'observer; il se pourrait encore que les autres cas que l'on ne pourrait rattacher ni à l'une ni à l'autre de ces deux maladies constitutionnelles appartenissent à une maladie diathésique, la diathèse xanthélasmique. Nous ne faisons ici que suggérer à d'autres observateurs l'idée de se placer, en observant une manifestation morbide, si locale en apparence, au point de vue plus élevé de la pathologie générale.

Troisième question. — Quelle est la cause prochaine de l'éruption xanthélasmique ?

Nous avons vu que M. le professeur Potain tendait à attribuer le dépôt de graisse dans les tissus qui caractérisent les lésions xanthélasmiques à une combustion incomplète des matériaux assimilables consécutive à des lésions de l'appareil hépatique. Cette théorie, bien qu'assez séduisante, est malheureusement passible de deux objections : 1° les altérations du xanthélasma ne consistent pas uniquement en un dépôt de graisse entre les éléments des tissus et dans le protoplasma des cellules; 2° l'ictère et les lésions hépatiques, bien que remarquablement fréquentes, manquent entièrement dans plus de la moitié des cas.

Les altérations histologiques consistent, nous l'avons vu,

en un double processus irritatif et régressif : la cellule se tuméfie, son noyau se divise, mais en même temps son protoplasma se transforme et prend peu à peu les caractères d'une matière grasse. Mais le processus initial est de nature purement irritative et la structure du protoplasma cellulaire est purement secondaire. Dans les formes dures de l'affection, dans les formes tuberculeuses, par exemple, l'irritation du tissu va jusqu'à la sclérose du tissu conjonctif et des parois artérielles, nerveuses et glandulaires.

Il fallait donc se mettre à la recherche de l'agent irritant, et la méthode la plus logique était de le rechercher dans le sang, d'autant plus qu'ainsi que nous l'avons montré, les premières altérations, pour les tubercules du moins, commencent autour des vaisseaux. C'est dans cette direction que M. Quinquaud, le premier croyons-nous, a dirigé ses investigations, et nous devons le remercier ici de la bienveillance avec laquelle il nous a communiqué le résultat de ses recherches encore en grande partie inédites.

M. Quinquaud a dosé en 1874, au laboratoire de M. Schützemberger, à la Sorbonne, le sang de quatre malades atteints de xanthélasma : Voici les résultats de ces analyses pour 1000 grammes de sang :

1 ^{er} cas :	Matières grasses.	7 ^{gr} ,00
	Cholestérine.	1, 00
2 ^e cas :	Matières grasses.	8, 09
	Cholestérine.	0, 90
3 ^e cas :	Matières grasses.	8, 30
	Cholestérine.	7, 20
4 ^e cas :	Matières grasses.	7, 10
	Cholestérine.	1, 40
Moyenne {	Matières grasses.	7 ^{gr} ,70
	Cholestérine.	1, 12

Il a bien voulu également analyser le sang de notre ma-

lade de l'hôpital Saint-Louis (Observation II) et les résultats auxquels il est arrivé sont identiques aux précédents.

Pouvoir absorbant 160 centimètres cubes d'oxygène pour 1000 — (Le taux normal étant 240 centimètres cubes.)

Hémoglobine. 83,54 — (Le chiffre normal étant 125 gammes pour 1000). Matières solides du sérum. 95,00 — (au lieu de 90).

Matières grasses. 9,00

Cholestérine. 2,00 — au lieu de 0,15 au maximum.

En outre M. *Quinquaud* s'est livré à une analyse comparative du derme d'une personne d'un moyen embonpoint et du derme d'un malade atteint de xanthélasma et a trouvé 7 ou 8 fois plus de matières grasses dans le second cas que dans le premier. Il a également décomposé au moyen de la chaux sodée les matières albuminoïdes du derme d'un xanthélasme, au niveau des plaques, et trouvé pour un même poids de derme de deux à trois fois moins de matières albuminoïdes dans le derme malade que dans un derme sain.

Il résulte de ces analyses que la compétence de leur auteur rend indiscutables que le sang des xanthélasmiques renferme beaucoup plus de matières grasses et de cholestérine qu'à l'état normal que l'hémoglobine y est en un peu moins grande quantité et que son pouvoir absorbant pour l'oxygène est également diminué. D'autre part, l'augmentation de la graisse contenue dans le derme et la diminution des matériaux albuminoïdes de ce tissu permettent de conclure à une transformation grasseuse de protoplasma et d'arriver chimiquement à un résultat semblable à celui que nous avons obtenu au moyen de l'analyse histologique.

Cette altération du sang est probablement la conséquence d'une lésion hépatique. Celle-ci manque souvent cependant et dans un cas de M. *Quinquaud*, elle faisait défaut. Quoi qu'il en soit, elle existe et représente sans doute la

cause prochaine des altérations cutanées. D'après M. *Quinquaud* les matières grasses forment avec les sels du sang un savon qui se dépose dans les éléments anatomiques du derme, les irrite et détermine leur prolifération. Mais comme le sang est chargé de cholestérine et que son pouvoir absorbant est diminué, cette inflammation, au lieu d'évoluer d'une manière complète n'aboutit qu'à la dégénérescence graisseuse des éléments avides ; c'est à ce mode d'inflammation spécial que M. *Quinquaud* donne le nom de phlegmasie aditosique. Nous avons vu toutefois en parlant des lésions histologiques du xanthélasma et en le comprenant dans les diverses formes de cette affection que le rapport de l'élément irritatif et de l'élément régressif n'est pas le même sans doute et que prédominant dans les formes dures et tuberculeuses, l'élément irritatif cède le pas à l'élément régressif dans les formes molles et planes.

PIÈCES DÉPOSÉES AU MUSÉE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Extrait du Catalogue :

Vitrine VII.

- n° 123. *Bazin*. — Molluscum cholestérique. — main gauche : face dorsale et palmaire.
 n° 124. *Bazin*. — Molluscum cholestérique. Fesses.
 n° 366. *Lailler*. — Xanthélasma, variété plane et tubéreuse — mains, face palmaire et dorsale.
 n° *Hillairet* — Xanthélasma. Mains et verge (malade de l'observation II).

Index alphabétique des auteurs :

- Addison et Gull* — Guy's Hosp. Reports, 1861, VII, part. 2, série 2.
 A collection of the published Writings of the late Thomas Addison.
 Edited by Dr Wilks and D. Daldy; London 1868.

- Bazin.* — Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. 2^e édition, 1868. Leçons sur la scrofule. Introduction, 2^e édition, 1864.
Et passim dans ses autres ouvrages.
- Bateman.* — Prach : Darstellung der Kautkrankheiten. Halle, 1815.
- Barensprung.* —
- Bristowe.* — Pathol. Transact., t. XVII, 414.
- Besnier.* — Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1878. — Gaz. des hôpitaux, 1878.
- Cohn — et Sany.* — Sitzungsbericht der Schles. Vaterl. Gesellschaft, 1868.
- Church.* — S. Barthol. Hosp. Rep., vol. X, 1874, et analyse de Geissler, in Smidt, Jahrbücher, 1876.
- Chambard.* — Étude histologique sur le xanthélasma
Lésion des nerfs dans le xanthélasma tuberosum. — Bulletin de la Société anatomique, 1878.
Du xanthélasma généralisé. — Présentation d'un malade. — Bulletin de la Société clinique, 1878, et France médicale, janvier 1879, n^{os} 1 et 2.
Des formes anatomiques du xanthélasma cutané. — Archives de physiologie, 1879.
- Duckworth.* — Saint-Barthol. Hosp. Rep., t. X, p. 60.
- Gull.* — Voyez Addison.
- Geissler.* — Klinische Monatsblätter für Augenheilk. — Février-mars 1870.
- Hebra.* — Traité des maladies de la peau. Traduction Doyon, 1872, t. I.
- Hilton Fagge.* — Transact. of the Pathol. Society, 1868.
Patholog. Transact, 1873.

- Hutchinson.* — A Clinical Report on Xanthelasma palpebrarum and on its signification at a Symptom. — Transact. of the Med. chirurg. Soc., t. IV, 1871, et Centralblatt, 1872. Analyse de *Leber*.
Observation de xanthélasma, in British Med. Journal, 1872. — Analysé par *Geissler*, in Schmidt Jahrbücher, 1872.
- Hirschberg.* — Cas de tumeur des globes oculaires. — Anal. par *Geissler*, in Schmidt's Jahrbücher, 1874.
- Howse.* — Transact. of Pathol. Soc., 1873.
- Hillairet.* — Bulletin de l'Académie de médecine. — Séance du 19 novembre 1878.
- Sany et Cohn.* — Voyez *Cohn*.
- Kaposi.* — Wiener Medicinische Wochenschrift, 1872.
Traité des maladies de la peau d'Hebra, t. II.
- Larraydy.* — Étude sur le xanthélasma. — Th. de Paris, 1877.
- Murchison.* — Pathol. Soc. Meeting of 20 october 1878, et Journal of Cutaneous Med. London, 1879.
Leçon clinique sur les maladies du foie. Traduct. *Jules Cyr*, 1878.
- Manz.* — Klinische Monatsblätter für Augenheilk. August. September, 1871, p. 251.
- Moxon.* — Pathol. Transact., t. XXIV, p. 129, 1873.
- Malassez et de Sinéty* — Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire. — Archives de physiologie, 1878-1879.
- Neumann.* — Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1876.
- Pye Smith* — Transact. of the Path. Soc. of London, 1873.
Guy's Hosp. Rep., XXII, 1877. — Analysé par *Rendu R. S. M.*, 1878.

- Pavy.* — Guy's Hosp. Rep., 1866.
Potain. — Gazette des hôpitaux, 1878, p. 81.
Quinquaud. — Bulletin de la Société clinique, 1878.
Rayer. — Traité des maladies de la peau, 1825.
Atlas des maladies de la peau. Pl.
XXII, fig. 15.
Sinety. (de) — Voyez *Malassez*.
Simon. — Deutsche Klinik, 1872.
Smith. — On Xanthelasma on Vitiligoïden. —
Cutaneous Journ. Med., 1869.
Strauss. — Des ictères chroniques. — Th. d'agrégation, 1878.

III

DE L'HERPÈS FURFURACEUS CIRCINNATUS ET DE SON TRAITEMENT, par le Docteur DAUVERGNE père.

Il paraît que l'école dermatologique française qui s'est inspirée du système anglais a définitivement renoncé à dénommer cette dartre par le nom si impropre de *lepra vulgaris*. Mais tout en admettant les principes de notre illustre maître sur l'herpétisme et en plaçant l'essentialité des maladies cutanées dans leurs natures ils n'emploient pas le mot *herpès* pour désigner cette maladie bien qu'ils la reconnaissent pour être essentiellement et tout particulièrement herpétique. Ils préfèrent ajouter à cette antinomie un autre lapsus historique et grammatical en adoptant le mot *psoriasis*. En effet, je lis dans les leçons cliniques d'ailleurs fort remarquables de M. Guibout, ces singulières étrangetés :

« Du mot $\varphi\omega\rho\alpha$, qui signifie dartre, squame, écaille, on a fait le mot français *psoriasis*, qui désigne une des affections les plus intéressantes de toute la dermatologie. Bateman, Wilson, Rayer avaient donné à cette affection le nom de dartre furfuracée et de *lepra vulgaris*. Dans une de ces formes les plus bizarres, Alibert l'appelait *herpès furfurens*. Nous lui conservons le nom de *psoriasis*. » (Guibout, *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, p. 47.)

Dans un autre ouvrage, je faisais remarquer les escamotages historiques de l'école anglo-française. Comment allons-nous caractériser ce préambule de M. Guibout ? Il

traduit en toute fantaisie le mot $\varphi\omega\varphi\alpha$ par dartre, squame, écaille et de tous temps tous les dictionnaires grecs et latins le traduisent par gale, ce qui est fort différent. Où M. Guibout a-t-il vu que Bateman, Wilson et Rayer aient donné le nom de dartre furfuracée à cette maladie, eux qui rejettent le nom de dartre? Où M. Guibout a-t-il trouvé la forme bizarre qu'Alibert ait appelé *herpès furfurens*? Il faut convenir que si la forme était bizarre, la dénomination n'y correspondrait guère par sa simplicité.

Comment se fait-il, et me l'expliquera-t-on un jour, qu'on adopte les principes d'Alibert et qu'on torture toujours ses expressions, qu'on fausse à plaisir son langage? Tantôt on l'accuse d'être trop pittoresque, de parler trop par image, M. Guibout ici invente une trivialité.

Notre maître et notre maître à tous, on devrait le reconnaître, a appelé *herpès furfurens* ou *herpès furfuraceus volitatilius*, la dartre légère que vous appelez avec une certaine raison d'après les Anglais *pityriasis* (son, farine), quoiqu'il soit toujours très incorrect et même bizarre, pour me servir de votre expression, d'appeler une maladie du nom simplement d'une chose, d'un objet. La maladie peut avoir quelque ressemblance avec cet objet, mais ce n'est pas l'objet lui-même.

Alibert caractérise, diagnostique même dans trois mots, *herpès furfuraceus circinnatus*, dartre furfuracée arrondie, votre psoriasis, qui est lui-même la *lepra vulgaris* de Wilson, de Bateman, de Bielt, de Rayer, etc. Bateman dites-vous, lui avait donné le nom de dartre furfuracée, lui qui avait faussé le texte de Paul d'Égine pour justifier sa *lepra vulgaris*. Dénomination si impropre, si ridiculement interprétée que tous les dermo-pathologistes modernes se sont élevés contre elle jusqu'à ce qu'elle ait disparu du vocabulaire dermatologique.

Ce point d'histoire et de grammaire éclairci et rétabli,

montre toujours comment l'école anglo-française est obligée de torturer le véritable sens des choses, pour conserver, contre toute raison sa nomenclature fantaisiste.

J'arrive maintenant au cœur de notre sujet, en disant de suite que ce travail m'a été inspiré par un résumé que donne le *Moniteur de Thérapeutique* sur les divers genres de traitements à opposer à cette espèce de dartre.

Alibert n'a pas cru devoir faire de nombreuses variétés de l'*herpès furfuraceus circinnatus*. Il a justement pensé que cette dénomination les embrassait toutes et qu'il était parfaitement inutile sinon un peu trop naïvement simple d'en faire des *punctatus*, *guttatus*, *nummularius*, *diffusus*, *inveteratus*, *gyratus*. En effet, à quoi sert la distinction de toutes ces formes, elles ne sont que des variétés du *circinnatus*, qui se trouve être toujours la même maladie, en grands ou en petits cercles, en débris de cercles qui alors peuvent prendre des formes plus ou moins bizarres, mais dans lesquelles on retrouve toujours la figure circinnée. Par conséquent ce mode particulier de *processus* ainsi que les furfures blanches, quelquefois nacrées, sont des éléments de diagnostic parfaitement suffisants pour établir cette dermatose.

On a dit que cette dartre lorsqu'elle est bien dépouillée de ses furfures ou squames épidermiques, sa base hyperhémique avait la couleur du jambon cru, et cela surtout pour les distinguer de certaines macules syphilitiques auxquelles on attribue particulièrement la couleur cuivrée. J'ai remarqué que ces colorations morbides dépendent beaucoup de la couleur de la peau et que si chez les personnes à peau blanche, ces taches sont d'un rouge plus clair et plus vif, il n'en est pas ainsi sur les peaux brunes. Je pourrais en dire autant au sujet des macules syphilitiques que j'ai trouvées quelquefois d'une couleur café, de manière à pouvoir les confondre avec des éphélides, ou même la dartre

circinnée naissante. Mais pour faire une pareille méprise, il faudrait se borner aux caractères simplement locaux, tandis qu'il existe d'autres caractères distinctifs. En effet, ordinairement l'éruption syphilitique débute sur la poitrine ou au visage ; tandis que la dartre furfuracée arrondie épargne presque toujours le visage et débute sur la partie interne des membres, particulièrement les coudes et les genoux. De plus, s'il y a quelques débris d'épiderme sur les taches syphilitiques, il y en a diverses couches sur les herpétiques. D'ailleurs si celles-ci sont toujours parfaitement arrondies, les syphilitiques affectent différentes formes, les unes rondes, les autres oblongues, quelquefois à contours irréguliers, déchirés.

Ce qui caractérise anatomiquement la dartre furfuracée arrondie, ce sont particulièrement deux phénomènes : l'élevure sur le niveau de la peau tranchant tout à coup avec la peau saine ; puis la tendance de ces cercles à s'agrandir pour laisser leur centre tout à fait sain, de manière qu'il n'y a plus de taches, mais de véritables anneaux quelquefois fort grands. Alors si la partie extérieure du cercle tranche subitement sur la partie saine de la peau, l'intérieur de l'anneau finit insensiblement en biseau et quelquefois en franges plus ou moins régulières, ce qui semble former un centre déprimé. C'est cette disposition et peut être cette apparente dépression qui avaient si étrangement égaré les Willanistes pour faire de cette dartre une sorte de lèpre *lepra vulgaris*. Enfin toutes ces taches n'aboutissent pas en même temps à des cercles, plusieurs restent pleines, de sorte que sur le même sujet il y en a des unes et des autres. Nouvelle raison pour que Alibert ne vît qu'une seule et même maladie dans la forme *guttata* ou *orbiculata*. Toutefois il existe des formes de cette dermatose qui n'aboutissent jamais en cercle et en progression centrifuge, elles sont toujours pleines. Enfin j'en ai vu une dont les

disques s'étaient tous joints et qui ne formaient plus qu'une immense carapace depuis le cou jusqu'aux poignets et aux malléoles. La figure, les mains, les pieds en étaient tout à fait exemptés, comme ils le sont presque toujours. Phénomène singulier que personne n'a tenté encore d'expliquer.

J'ai consigné en 1833 dans ma thèse inaugurale bien des recherches anatomiques sur les dartres en général, et cet herpès circinné en particulier. Je ne les reproduirai pas ici, je dirai simplement que ces plaques dartreuses n'occupent pas une grande épaisseur du derme. Elles siègent à sa surface, dans le corps muqueux de Malpighi et consistent en une sorte d'hypertrophie de cette portion de la peau et du corps réticulaire. Les furfures que l'on voit au-dessus ne sont pas des excréctions pathologiques telles que les mucus qui forment ailleurs des croûtes comme le professaient les Wilson, les Bielt, les Cazenave, mais, ainsi que j'ai cru le prouver le premier et comme l'adopte tout le monde aujourd'hui, ce sont des débris d'épiderme.

Je dis débris d'épiderme faute de meilleure expression. Le fait est que ce sont des lamelles épidermiques, produites par le tissu dartreux, hyperhémisé, hypertrophié sous-jacent, inapte, dans son état pathologique, à reproduire un épiderme sain et ne produisant que des particules d'un pseudo-épiderme. Le même phénomène, différencié cependant, s'observe dans les diverses espèces de dartres, et leur différence dépend du mode et surtout de l'acuité de l'altération du derme. Dans la dartre squameuse humide, l'acuité, la vivacité de l'inflammation amenant plus de fluides dans le corps muqueux de la peau, la reproduction épidermique est à la fois plus active et plus pathologique, les squames ou écailles y sont plus larges et imbibées souvent de pus ou de mucus. Dans la dartre circinnée, il ne se produit que des parcelles d'épiderme qui se ressentent de la chronicité de l'altération anatomique sous-jacente; car, je l'ai dit, il

sans avoir fait de traitement sérieux, les croûtes des fur-

s'agit plutôt d'une hypertrophie que d'une véritable inflammation. Nous verrons en effet, à l'occasion du traitement, que la résolution s'opère ici par un mode différent des inflammations, mais par une sorte d'atrophie progressive et successive.

Cette dartre est regardée par tous les dermatologistes comme le type de l'affection herpétique, c'est à elle surtout qui progresse, marche, s'étend, quitte un point pour envahir un autre, sans laisser de traces sur le point abandonné, qu'on peut appliquer les paroles avec lesquelles Galien avait caractérisé les herpès : *ritu besti serpentis*. Cette affection est d'autant plus le type des dermatoses herpétiques, qu'elle est la plus tenace, celle qui récidive constamment et le plus vite, qui se montre toujours plus grave et plus rebelle à chaque récidive. Je vois souvent un homme qui heureusement ne porte qu'une plaque herpétique de ce genre sur la cuisse, qui récidive depuis plus de vingt ans et qui, dit-il, est d'autant plus mauvaise (sic), c'est-à-dire plus fatigante par ses démangeaisons qu'elle reparait après un traitement. Aussi ne veut-il plus la traiter.

Mais la dartre dont je parle est-elle bien un herpès furfuraceus circinnatus, un psoriasis comme on l'entend communément? Le véritable psoriasis, puisque le solécisme est adopté, se montre avec des taches multiples et celui-ci s'est limité à une seule macule au milieu de la cuisse. Quelle est donc une telle affection cutanée dans la classification anglo-française?

Pour nous, c'est toujours une dartre, puisqu'elle se reproduit depuis plus de vingt ans, qu'elle s'est toujours un peu agrandie, qu'elle dépasse le niveau de la peau et qu'elle produit toujours des lamelles épidermiques, c'est-à-dire des furfures. J'avoue cependant que ces furfures ne sont pas blanches comme du son ni brillantes comme la nacre. Elles sont grises, et le tissu sous-jacent hyper-

trophie présente de légères inégalités qu'on ne trouve pas dans d'autres cas. C'est sans doute une variété, mais qui ne peut être rangée que dans l'espèce de dartre furfuracée arrondie qu'on pourrait distinguer par *herpès furfuraceus orbicularis*.

Toutefois cette dartre furfuracée arrondie répondant exactement au psoriasis, présente bien des particularités suivant, je crois, le terrain sur lequel elle se développe. Ainsi j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis, au pavillon Gabrielle, une jeune Anglaise d'une admirable constitution, fortement musclée avoir, comme disait Alibert, une magnifique dartre furfuracée arrondie. Les coudes, les genoux avaient des plaques arrondies, tellement confluentes qu'elles se confondaient au centre, c'est-à-dire à la pointe des coudes et au sommet des genoux et ne se distinguaient que par des festons arrondis à leurs bords, pendant que sur les parties larges des membres et sur le corps des macules étendues et arrondies, des anneaux centrifuges se montraient isolément et dans des dimensions diverses. Toutefois, soit l'âge de la personne, soit celui de la dartre, la propreté de cette demoiselle, la nature de sa peau, l'épaisseur de la partie hypertrophiée était peu considérable et les furfures qui la recouvraient assez rares. Chez une grosse, grasse et grande dame qui me consulta avec une dartre plus ancienne et tout aussi étendue, toujours de même nature, les plaques tranchaient d'un rouge plus vif sur sa peau blanche et la couche de furfures qui la recouvrait était plus épaisse et parfaitement nacrée.

Est-ce que le tempérament lymphatico-adipeux de cette grosse et grasse dame n'était pour rien dans les couches épaisses et nacrées de sa dartre ? Ce qu'il y a de certain, c'est que chez un monsieur de nos pays, âgé d'environ cinquante-cinq ans et qui portait sa dartre depuis trente ans sans avoir fait de traitement sérieux, les couches des fur-

fures étaient très épaisses et évidemment agglutinées entre elles par une sécrétion de mucus, de manière à former par leur ensemble une sorte de croûte qui cependant ne pouvait cacher les furfures qui la constituaient. Nul doute que l'incurie de ces malades ne soit pour quelque chose dans ces phénomènes, mais dans des conditions de tempérament plus sèches, si je puis m'exprimer ainsi, l'usure de ces furfures par les frottements ne permettent pas de telles accumulations. C'est ce que j'ai pu voir chez deux autres femmes très maigres et tout aussi négligentes pour traiter leur dartre furfuracée arrondie. Le monsieur en question était gros, gras, gros mangeur et habitué à la bonne chère.

Sa dartre n'avait plus de plaques distinctes, plus d'espaces sains, si ce n'est la figure, les mains et les pieds; plus d'anneaux, de cercles centrifuges, plus de plaques orbiculaires, tout avait existé, mais lorsque je fus consulté, toutes ces plaques étaient réunies et ne formaient qu'une seule enveloppe, une cuirasse générale assez épaisse au point de faire hésiter sur l'espèce de dermatose, si en grattant on n'avait vu se détacher des furfures et si, au cou, aux bras, aux jambes on n'avait constaté des sortes de festons qui indiquaient, en tranchant subitement sur le tégument sain, la terminaison des disques réunis dans leurs autres portions. Nous l'avons dit, sur ce malade, les couches des furfures, étaient multiples, solidement même agglutinées entre elles et formaient une épaisseur notable. Cette dartre furfuracée et même arrondie, quoiqu'il fallût bien chercher ce dernier caractère, pouvait à juste titre porter le nom d'*inveterata*, si cette dénomination n'était pas si banale, au point de pouvoir s'appliquer, une fois de temps en temps à toutes autres maladies.

Toutefois dans le cours du traitement le diagnostic fut mieux confirmé encore, lorsque les couches épidermiques furent tombées, que plus tard surtout la dartre fut

influencée par les topiques, ses formes se dessinèrent, parce que la résolution ne put se faire toute en même temps, il resta des taches irrégulières, des cercles, des portions de cercles; et ce ne fut qu'après un certain temps que tout disparut. Mais alors tout disparut si bien que ce monsieur m'écrivit : « je suis tellement débarrassé de ma vilaine maladie que ma peau ressemble à celle d'un enfant qui vient de naître. »

Chose remarquable ! Bien que traitée sans arsenic à l'intérieur, mais simplement avec des tisanes diurétiques, et quelques purgatifs, cette dartre mit longtemps à reparaitre et lorsqu'elle reparut, ce ne fut que d'une manière incomplète, modifiée et très irrégulière, par des traces à figures diverses; à tel point qu'on aurait pu adapter à la maladie la dénomination de *Gyratie*. En effet, ce monsieur ne réclama plus de traitement pour sa dartre qui semblait ne plus l'occuper; il eut cinq ans après, une apoplexie pulmonaire avec hémoptysie très abondante, puis quelques années après, des symptômes de ramollissement du cerveau qui aidé toujours de sa bonne chère que raffinaient une servante cordon-bleu, finit par l'entraîner dix ou douze ans après la cure de sa dartre.

Devons-nous attribuer à notre traitement ce long espace de temps du retour et même du retour incomplet de sa maladie cutanée ? Serait-ce, au contraire l'influence plus marquée d'un premier traitement à l'âge du malade ? Est-ce sa constitution, cet âge lui-même ? Questions insolubles dont la médecine ne peut trop se flatter de découvrir les secrets, puisque, d'autre part, on voit des récidives aussitôt la cessation du traitement. Tel était surtout l'écrivain Chapsal, que tout le monde à notre époque, a pu connaître à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme robuste, à constitution musculeuse, présentait, comme l'Anglaise citée plus haut avec les meilleures apparences de santé, de belles

plaques, de magnifiques anneaux de cette dartre arrondie, qu'on ne manquait pas alors de dénommer au pavillon Saint-Mathieu, par l'expression de *Lepra vulgaris*.

Or, traitée primitivement par Bielt et les arsénicaux, sa dartre disparut mais pour revenir aussitôt. Cinq fois je l'ai vu reparaître et après les plus longs traitements, de manière que Chapsal était inféodé à l'hôpital Saint-Louis. Enfin le goudron usa aussi son influence et ce ne fut plus tard qu'une pommade au proto-iodure de mercure qui put atrophier ses plaques et anneaux herpétiques, que je regarde comme des véritables hypertrophies du corps réticulaire de la peau. Par conséquent cette lente et incomplète récidive chez les uns et ces reproductions subites chez les autres, attestent qu'il en est ici comme dans toutes les maladies, c'est-à-dire, que nous avons bien à traiter des dartres, mais surtout des dartreux. C'est ce qui fait qu'on ne peut tous les soumettre à un traitement identique, témoin l'affection de Chapsal qui à la fin n'était plus influencée par le traitement de l'arsenic à l'intérieur et du goudron à l'extérieur.

Sans doute, malgré ces variétés constitutionnelles, la nature, la gravité, la tenacité de la dartre circinnée sont toujours les mêmes. C'est l'espèce contre laquelle nous avons le moins d'action particulièrement par le traitement intérieur. C'est pour elle que l'on réserve surtout les préparations arsenicales, mais si ce remède favorise la résolution des plaques herpétiques, il n'a aucune action pour empêcher la reproduction de la maladie. Aussi Alibert était si convaincu que les arsénicaux n'avaient que de faibles actions thérapeutiques sur les affections herpétiques et surtout aucune spécificité sur elles, qu'il bornait le plus souvent son traitement dans la balnéation alcaline ou sulfureuse, et plus tard sur le traitement extérieur.

En effet, dans la dartre squameuse, humide aiguë, avec

inflammation, les purgatifs excitant les sécrétions intestinales, les diurétiques, les rénales, diminuent d'autant la fluxion de la peau, mais pour la dartre arrondie, si sèche, plutôt hypertrophique qu'hyperhémique, une pareille révulsion ne peut rien, et ces moyens sans action sur la maladie cutanée ne pourraient que fatiguer l'organisme et surtout les organes qui en subiraient le choc. Bielt et toute son école donnent des préparations arsénicales sur toutes les formes. Nous en donnons nous-mêmes par habitude sans savoir trop pourquoi, puisqu'elles n'agissent ni par spécificité, ni par révulsion. Nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 68, p. 544, 1879, que des expérimentateurs américains en comptant les globules du sang à la méthode de MM. Hayem et Malassez, ont constaté que l'arséniate de soude diminue les globules rouges et même par la suite les globules blancs. Toujours est-il que leur action ne détermine que des effets temporaires souvent très peu marqués et toujours très passagers, puisque, malgré ce traitement l'affection se reproduit presque aussitôt, et qu'il n'est pas prouvé que le malade faisant continuellement usage de ces arsénicaux pourrait se débarrasser de sa dartre, c'est-à-dire en empêcher la reproduction. On emploie donc, faute de mieux, l'arsenic qui constitue ainsi à peu près tout le traitement interne de la dartre circinnée. Il paraît cependant que bien des dermatologistes de nos jours et M. Ernest Besnier entre autres parviennent par l'expérience aux mêmes conclusions où notre illustre maître était arrivé il y a plus de cinquante ans, puisque nous lisons dans l'article du *Moniteur de thérapeutique* que : « l'arsenic ne mérite qu'une faible part des louanges qui lui ont été adressées et que c'est là un fait à la démonstration duquel n'a cessé de se livrer M. Besnier et dont une courte enquête dans les salles de l'hôpital Saint-Louis permet de réunir de trop nombreuses preuves (p. 10, 1879).

Il résulte de tout cela que M. Ernest Besnier comme Alibert se retranche à peu près uniquement sur le traitement topique. Mais alors examinons si depuis notre maître, les progrès de la science ont produit quelques nouveaux moyens plus efficaces soit par leur rapidité d'action, soit par leur effet sur la cause du mal.

Depuis longtemps le traitement consacré à l'hôpital Saint-Louis contre la dartre arrondie était celui à l'huile de cade que M. Besnier décore du titre d'*agent médicinal très précieux*. Or, cette huile n'a été qu'un léger perfectionnement du goudron que Girou de Buzareingues et moi, alors élèves du baron Alibert, introduisîmes dans la thérapeutique des maladies cutanées et expérimentâmes à peu près sur toutes les dermatoses chroniques.

Hebra nous assure que le goudron fut employé dans les maladies de la peau par Théophraste, Dioscorides et Pline et qu'il ne fut délaissé que par les doctrines de Galien qui attribuaient ces maladies à une *acrimonia sanguinis*. Quant à nous, nous ne crûmes pas imiter ces savants de l'antiquité et les doctrines de Galien que nous adoptions d'ailleurs, ne nous empêchèrent pas de penser au goudron, attendu que depuis le médecin de Pergame, nous n'avons point de moyen de détruire cette acrimonie. Ce qui nous inspira l'idée du goudron fut l'analogie et le raisonnement. Nous avions à l'hôpital Saint-Louis plusieurs teignes porriginieuses, notamment de l'espèce de *porrigo granulata*, que l'école de Willam et ceux qui la suivent ont confondues selon nous à grand tort dans leur *eczéma*; car s'il y a des *eczémas* à la tête, ce que personne n'a jamais nié, ceux-ci ont des aspects bien différents et surtout bien moins de ténacité et de gravité. Toujours est-il que nos teigneux résistant à divers moyens, nous pensâmes à la calotte, pratique barbare, cruelle, mais qui eomptait les meilleurs succès. Or, de la poix de la calotte, l'analogie nous conduisit au goudron

et ce fut là l'origine de nos pommades avec cet autre extrait de cade. Les teignes s'améliorèrent, puis guérirent et Girou en fit le sujet de sa thèse inaugurale. De mon côté j'en fis divers essais sur différentes dermatoses, la gale même, qui furent cités dans le dictionnaire des dictionnaires en médecine de Fabre. Après Alibert et nous, cette médication fut surtout appliquée à la dartre furfuracée arrondie par le Dr Emery. Elle se généralisa ensuite en se transformant en huile de cade sous l'inspiration, je crois, de M. Devergie et fut adoptée avec cette légère transformation, par tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

L'huile de cade est-il un progrès sur le goudron, sur l'huile empyreumatique de houille que nous utilisions aussi à l'hôpital Saint-Louis? Oui, pour l'économie du linge, mais non, pour le *modus faciendi*, car le malade se frottait lui-même de nos pommades, tandis qu'il fallait que quelqu'un appliquât l'huile de cade, en ayant soin de ne pas trop en laisser sur la peau pour éviter une trop vive action. Du reste il avait le même inconvénient pour l'odeur, sans autre action thérapeutique puisque le principe médicamenteux était le même. L'inconvénient de l'odeur a fait chercher d'autres moyens et M. Balmano Squire, de Londres, préconisa le premier l'acide chrysophanique, qu'employèrent à sa suite Neumann, Hébra, Kaposi à Vienne et M. Ernest Besnier à Paris.

Ce médicament, a-t-on dit, à la dose de 5 à 15 grammes pour 100 grammes d'axonge constituait le topique le plus efficace et le plus expéditif que l'on connût jusqu'à ce jour. Mais, ajoute-t-on ses applications sont difficiles, c'est ce qu'on comprend aussitôt par cette si grande variation dans les doses, de cinq fois plus ou cinq fois moins; d'autant qu'avec ces inconvénients de produire les plus vives irritations, ce remède avait encore celui de colorer en rouge et jaune, l'épiderme et les poils, « dont la per-

sistance assez prolongée ne contribue pas peu à faire quelque ombre au tableau brillant de cette thérapeutique nouvelle. » (*Ibid.*, p. 108.)

C'est alors qu'on supposa que l'acide pyrogallique pouvait arriver au même résultat sans avoir les mêmes inconvénients, et de nouvelles expérimentations furent faites à Vienne, à Lyon et à Paris par M. Besnier, qui l'emploie avec l'axonge à la dose de 5 à 25 0/0. Or, cette grande variation dans les doses m'inspire les mêmes craintes que pour l'acide chrysophanique et j'en trouve la preuve dans ces mêmes paroles de M. Besnier ou de son élève, lorsqu'ils espèrent pouvoir simplifier et mieux préciser l'application de ce médicament dans un *délai prochain*, et éviter la coloration noire des ongles et de la peau des mains ainsi que des phlyctènes que ce moyen détermine quelquefois. (*Ibid.*, p. 108.)

Par conséquent, sauf l'odeur, l'avantage reste au goudron et à l'huile de cade ! Or, n'y a-t-il pas d'agent médicamenteux analogue, qui sans trop d'odeur ou d'odeur désagréable puisse les remplacer et nous dispenser des acides chrysophanique, pyrogallique si difficiles à manier sans compter divers autres inconvénients ? D'ailleurs est-ce que ces derniers médicaments sont des spécifiques ? Nullement ! ce ne sont, comme tous les autres, que des modificateurs. En effet, j'ai vu guérir des dartres furfuracées arrondies par des pommades au sulfure de potasse, au calomel, à l'iodure de potassium, de mercure. Je me sers quelquefois d'une pommade dont je donnerai plus bas la formule et que j'ordonne toutes les fois que l'odeur du goudron est un inconvénient pour le malade. Alibert guérit, de mon temps, du premier coup, une plaque de furfuracée arrondie récemment survenue sur la cuisse d'une religieuse, par une forte cautérisation avec la pierre de nitrate d'argent. Chacun sait la prédilection qu'avait notre maître pour ce

moyen dont la pierre, disait-il en plaisantant, ne devait plus porter le nom de pierre infernale, mais bien, au contraire, celui de pierre céleste.

Toujours est-il que pendant les trois ans que je passai encore après à l'hôpital Saint-Louis, cette dartre n'avait plus reparu. Donc la cautérisation au nitrate d'argent est un excellent moyen lorsque l'affection est limitée et ce fait prouve qu'une pommade au nitrate d'argent serait un modificateur au même titre que les acides indiqués. Seulement il est à craindre qu'elle ait des inconvénients très analogues.

D'ailleurs on pourra contester qu'une plaque ainsi isolée, soit un *herpès furfuraceus circinnatus*, n'étant pas survenue aux lieux d'élection, les coudes et les genoux. Qu'est-elle donc dans la classification Willan-Biett qui s'est inféodée à l'hôpital Saint-Louis ? Où place-t-on une plaque dartreuse parfaitement arrondie, finissant subitement sur le tégument sain, ne fournissant ni pustules, ni vésicules, ni excréations d'aucun genre si ce n'est un épiderme imparfait, se résolvant en furfures. N'était-ce pas la même affection que celle d'un de mes clients dont j'ai parlé et qui dure depuis 20 ans ? Pourquoi celle de la religieuse a-t-elle disparu et l'autre renaît-elle sans cesse ? Ne peut-on l'attribuer à ce que la première a été vigoureusement attaquée à son début et qu'il en a été tout autrement de l'autre qui a été négligée longtemps et qui même n'a jamais subi de traitement suivi et persévérant. J'ai proposé ce dernier mode, mais on a redouté la pierre infernale, n'étant pas convaincu qu'elle soit céleste.

Il est donc parfaitement établi qu'il n'y a pas de spécifiques ; qu'il n'y a que des modificateurs dont l'action est d'atrophier petit à petit cet engorgement chronique de la couche réticulaire de la peau. Action atrophique bien manifeste, puisqu'on voit la plaque ou le cercle de cette tur-

gescence se résoudre sur un point et d'encore en encore faire disparaître le quart, le tiers, la moitié, puis toute la plaque ou le cercle de la dartre et non par partie successivement et s'effacer tout entière petit à petit. D'ailleurs ces modificateurs sont généralement des atrophians, le calomel, les iodures, les mercuriaux, le nitrate d'argent, le goudron et l'huile de cade même. En effet, les anciens faisaient presque toujours entrer la poix dans leurs emplâtres résolutifs. De temps à autre à Marseille, on exhume des vieilles pharmacopées des emplâtres dont se servait le chirurgien Moulau. Le Dr Ebrard de Nîmes m'assurait un jour que les glandes strumeuses se fondaient parfaitement avec une pommade de poix. Je l'essayai sur une grosse glande que portait au cou une jeune fille et je fus émerveillé de cette action au point de me reprocher souvent de ne pas y recourir et de me laisser entraîner par l'habitude aux préparations iodurées ou mercurielles.

En l'état, la question thérapeutique soulevée aujourd'hui consiste à chercher quel est l'agent topique modificateur qui ferait disparaître plus promptement la dartre dont il s'agit; puis en seconde ligne que le médicament employé n'ait pas une odeur repoussante qui signale aux personnes qui fréquentent le malade, l'affection dont il est le porteur. Sur le premier point nous pourrions nous demander s'il est bien important que la dartre passe quelques jours plus tôt ou plus tard? Cela ne dépendra-t-il pas toujours de l'impressionnabilité individuelle, du soin avec lequel le traitement sera fait et enfin, surtout, de l'ancienneté de la dermatose, de la multiplicité des traitements qu'elle aura subis. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que toutes les dartres et celle-ci en particulier cèdent d'autant plus vite et plus facilement que c'est le premier traitement qui les attaque. On peut aussi ajouter qu'elles repa-
raissent d'autant plus promptement qu'elles ont subi plu-

sieurs traitements. Aussi lorsqu'elles reparaissent, faut-il les attaquer dès leurs premières manifestations et ne pas attendre qu'elles soient tout à fait reproduites. C'est ainsi que la dartre de l'écrivain Chapsal dont j'ai parlé, résistait si fortement, en dernier lieu, aux traitements les plus énergiques et aux agents les plus particulièrement atrophians, l'iodure de mercure.

On a dû comprendre dans le cours de ce travail que poix et goudron étaient des agents d'une même famille, des succédanés véritables. C'est ainsi que j'ai utilisé avantageusement la pommade suivante chez des personnes que répugnait l'odeur du goudron et de l'huile de cade, ou à qui leurs relations sociales défendaient qu'elles fissent usage d'un remède odorant si significatif.

Poix de Bourgogne.....	4 gr.
Baume de la Mecque ou du Pérou.	2 gr.
Axonge	30 gr.

Faites fondre sur un feu doux la poix et le baume avec la moitié de l'axonge, puis ajoutez hors du feu tout l'axonge et si vous voulez rendre encore plus agréable cette odeur incorporez-y aussi un gramme de teinture de benjoin.

J'ai employé cette pommade pour la dartre furfuracée arrondie, pour divers porrigo et prurigo à qui était réservé et spécialement indiqué le traitement du goudron. J'y ai ajouté quelquefois avec avantage de l'iodure de potassium ou du calomel.

Il va s'en dire que toutes les fois qu'on commence un traitement il est indispensable de faire tomber les furfures avant l'application des pommades ; que pour cela j'emploie des bains alcalins ou des savonnages, souvent les uns et les autres. Il est même toujours utile de baigner les malades et à défaut de les savonner une ou deux fois par semaine pour approprier ainsi la peau et augmenter

l'action topique médicamenteuse. Je ne saurais admettre de compliquer ce traitement par des frictions préalables avec l'acide salicylique et l'alcool que préconise M. Aragon d'après M. Hairion pour calmer les démangeaisons. Les savonnages et les topiques que nous indiquons arrivent tout de suite à cette action thérapeutique. C'est au point que les démangeaisons si atroces du prurigo sont tout de suite calmées par les actions du goudron.

IV

INOCULATIONS SYPHILITIQUES ACCIDENTELLEMENT PRODUITES PAR
LE TATOUAGE, par le D^r ROBERT, médecin major au 9^e ré-
giment de chasseurs.

Depuis quelques années les faits d'inoculation acciden-
telle de syphilis ont été si bien étudiés, qu'il est presque
superflu d'ajouter de nouvelles preuves à l'appui de la
doctrine fondée par tant d'assertions sur une base désor-
mais inébranlable ; cependant il est toujours utile de re-
chercher dans les faits nouveaux les circonstances particu-
lières qui en relèvent l'intérêt.

C'est dans ce but que nous avons recueilli les observa-
tions suivantes de syphilis transmise par tatouage, qui tout
en corroborant les exemples cités par Tardieu et Hutin,
se distinguent encore par quelques aperçus dignes d'at-
tention.

Première observation. — Le nommé G..., cavalier au
9^e chasseurs, se fait tatouer, le 21 mars, sur l'avant bras droit,
par un ancien marin qui mendie journellement à la porte
du quartier. Les suites de cette opération sont en apparence
si insignifiantes qu'il se décide le surlendemain à se faire
tatouer l'autre avant-bras. Cette fois, l'opération occasionne
dès le lendemain une gêne assez marquée jusque dans
l'épaule gauche, la peau se tuméfie au niveau des piqûres,
il en résulte même un phlegmon qui nécessite, 5 avril,
une longue et profonde incision. Heureusement une sup-
puration de bonne nature, sans élimination de tissu cellu-
laire, est très rapidement suivie du dégorgement de l'avant-

bras et le blessé reprend son service, le 18 avril. Mais le 22 mai, se présentent, sur l'avant-bras droit, au niveau des piqûres du premier tatouage, quelques rougeurs circonscrites qui deviennent saillantes, puis arrivent à la grosseur d'une lentille et se recouvrent ensuite d'une croûte qui enfin se soulève pour donner issue à quelques gouttelettes de pus ; de sorte qu'en dernier lieu chacun de ces tubercules laisse à découvert un véritable ulcère.

L'extension de ces ulcérations se prononçant chaque jour davantage, détermine cet homme à se présenter, le 3 juin, à la visite.

Alors nous constatons à la face antérieure de l'avant-bras droit, huit ulcères disséminés sur une surface tatouée dont le dessin représente un chasseur à cheval. Ces plaies sont disposées de la manière suivante : 1° sur la face du cavalier ; 2° sur l'encolure du cheval ; 3° sur les naseaux ; 4° sur l'épaule ; 5° sur le rein ; 6° sur le flanc ; 7° sur le pied antérieur ; 8° sur la queue.

Elles présentent pour la plupart la même configuration et la même étendue. La plus petite située au niveau du pied du cheval a environ $1/2$ centimètre de diamètre, la plus vaste atteint déjà 2 centimètres dans son plus grand diamètre qui est transversal ; celle-ci s'est creusée au niveau de la queue du cheval et elle semble formée par la réunion de deux ulcérations primitivement distinctes.

Chacune de ces plaies est excavée et offre un aspect cupuliforme, le fond est recouvert d'une pseudo-membrane rougeâtre, parsemée de points jaunes et disposée comme une mince pellicule soulevée par les bourgeons sous-jacents ; les bords sont saillants et légèrement frangés, mais ils se dépriment régulièrement pour se continuer avec le plan de l'ulcération, ils forment comme une auréole rouge vif, infiltrée de points noir bleuâtre ; en certains endroits ces points noirs constitués par l'encre de Chine du tatouage,

dessinent un arc de cercle complet. En dehors de la ligne rouge qui entoure chaque ulcère, le tégument est congestionné et l'épiderme qui se desquame dans l'intervalle des ulcérations, forme une couronne blanchâtre au pourtour de la zone enflammée. Ces plaies ne sont pas douloureuses.

Une induration très évidente des surfaces ulcérées et surtout de leurs bords s'ajoute aux caractères précédents et donne à ces ulcérations le signe des véritables chancres indurés creux.

L'état général du malade n'a pas encore été impressionné par l'affection syphilitique, il n'a pas de douleurs vagues dans les membres, il ne souffre pas de la tête ; à part les deux ganglions de la base de l'aisselle droite qui sont durs et atteignent le volume d'une grosse noisette, on ne constate pas encore d'adénopathie. De plus il n'existe aucune trace d'éruption ; les muqueuses sont intactes et jusqu'à ce jour ce malade a pu continuer son service sans aucune souffrance.

Ajoutons que l'avant-bras gauche sur lequel le tatoueur a dessiné, le 30 mars, deux mains enlacées et surmontées d'une fleur ne présente aucune ulcération ; la cicatrice de l'incision qui a été pratiquée dans le phlegmon est parfaitement souple, elle tranche simplement sur le fond bleuâtre du tatouage par sa couleur rouge violacé.

Cet ensemble de faits nous porte d'emblée à considérer le premier tatouage pratiqué le 28 mars, comme la cause accidentelle de cette syphilis primitive ; cependant l'incubation nous paraît bien longue, car cinquante-huit jours se sont écoulés avant la première manifestation des accidents locaux, constatés le 22 mai seulement.

Pour confirmer cette supposition, nous cherchons tout de suite la source du virus et les conditions de son inoculation. Nous apprenons ainsi que plusieurs soldats se sont fait tatouer vers la même époque et qu'un chasseur,

nommé D..., affecté de syphilis, s'est soumis à cette opération le même jour que G..., mais nous devons bientôt abandonner l'hypothèse de la transmission de sa maladie, car G... a été tatoué avant D...

Nous rappelant le fait cité par Tardieu, d'un militaire affecté d'accidents syphilitiques à la bouche et transmettant sa maladie à un grand nombre de ses camarades, parce qu'il avait coutume de tenir entre ses dents l'aiguille avec laquelle il les tatouait, nous nous demandons s'il n'en a pas été de même dans le cas présent.

En effet, nous apprenons que le tatoueur se sert de sa salive pour délayer l'encre de chine qu'il emploie, que de plus il crache à plusieurs reprises sur le dessin qu'il trace, afin d'enlever le sang et afin de mieux distinguer les points à piquer.

Pour vérifier cette conjoncture, nous nous empressons de faire venir ce tatoueur afin de l'examiner, et nous constatons qu'il est affecté de plaques muqueuses étendues, à la bouche et à la commissure des lèvres, accidents dont il ignore l'origine.

Un rapport adressé à l'autorité, dans le but d'interdire à ce malheureux l'entrée des casernes, amena immédiatement son arrestation et il fut, après examen d'un médecin de la ville, dirigé sur un hôpital de Nancy pour y être traité.

Le doute n'est donc plus possible et nous sommes bien en présence d'une transmission de syphilis par inoculation d'accidents secondaires.

Les symptômes consécutifs à cette inoculation en donnèrent bientôt la preuve irrécusable ; la précocité des accidents secondaires, ainsi que leur intensité parurent même en rapport avec l'étendue de la porte d'entrée ouverte au virus.

En effet, le 8 juin, c'est-à-dire 18 jours après l'apparition des accidents primitifs, le front du malade se couvre

de rougeurs diffuses, accompagnées d'une légère élévation de la peau, le dos de la main et des poignets présente une éruption analogue; à ces manifestations externes se joignent un malaise général, de l'anorexie, de l'insomnie et des douleurs vagues dans les membres; la langue est recouverte d'un enduit saburral très épais; la température s'élève à 38°5.

Le lendemain tous les prodromes des accidents secondaires se prononcent davantage; la température monte à 39°, la soif est vive; les rougeurs du front et des mains deviennent très saillantes, elles s'étendent à la face, sur les joues et sur les ailes du nez.

Le 10, la température se maintient à 39°, l'état général semble toujours aussi mauvais; les chancres s'élargissent et tendent à se rapprocher, le suintement qui s'en échappe est cependant peu abondant, car il suffit de renouveler matin et soir l'application de camphre en poudre employé comme pansement.

Le 12 juin, les papules du front et des poignets se remplissent d'une sérosité opaline qui donne au sommet de ces élevures un aspect grisâtre, tandis que la base reste rouge violacé. La température, le matin, est à 39°, elle s'élève le soir à 40°2.

Le 13, d'autres rougeurs se présentent sur les membres inférieurs et particulièrement sur la face antérieure et interne des jambes. Là, elles s'accompagnent d'une tuméfaction très apparente de la peau avec œdème du tissu cellulaire et douleur à la pression.

Dans l'intervalle de ces plaques érythémateuses apparaissent quelques vésicules très fines, les unes à sommet rouge, les autres remplies d'une gouttelette de pus et atteignant à peine la grosseur d'une tête d'épingle, quelques unes de ces vésicules se réunissent en groupes irréguliers, il en existe aussi aux mollets, mais là elles sont disséminées et les plaques rouges font défaut; il en est de même aux

cuisses et aux fesses. Sur le thorax et sur les épaules les vésicules sont plus volumineuses qu'aux jambes, elles sont également remplies d'un pus jaunâtre et sont entourées d'une auréole rouge foncé. Sur les bras, cette éruption présente la même disposition qu'aux cuisses, les vésicules sont surtout nombreuses à la face externe; sur les poignets sont accumulées de grosses papules, la plupart à surface rouge, d'autres présentant une goutte de sérosité opaline à leur sommet; les papules surtout abondantes à la face dorsale du poignet, s'étendent jusqu'au dos de la main; quant à la paume des mains, elle est aussi nette que la plante des pieds. A la face, la peau est comme boursoufflée surtout au niveau des bosses frontales; là, sont réunis de véritables tubercules sans aucune trace de suppuration, car les bulles constatées précédemment se sont affaissées en se desséchant; pareilles inégalités de la peau se constatent aussi sur les joues et sur les ailes du nez, et en ce point le liquide séreux qui soulevait l'épiderme s'est de même résorbé.

Les muqueuses de la bouche et de l'orifice anal sont intactes, il existe cependant sur le scrotum trois légères érosions à fond grisâtre et humide. La température dépasse encore 40°, la faiblesse se prononce de plus en plus, mais le malade n'accuse aucune souffrance; néanmoins en raison de l'aggravation du mal, il est envoyé d'urgence à l'hôpital.

Le 15 juin, les plaies de l'avant-bras atteignent leur maximum d'étendue, les trois ulcères situés au niveau de la tête, de l'encolure et de l'épaule du cheval dessiné, tendent à se confondre et forment un seul ulcère dont la plus grande largeur atteint 4 centimètres. Les chancres qui se sont creusés sur le ventre du cheval sont aussi très rapprochés; néanmoins ces ulcères ne paraissent pas avoir beaucoup gagné en profondeur, car les bords en sont peu sail-

lants et la suppuration n'en est pas très abondante; l'éruption semble moins vive, il ne s'est pas fait de nouvelle poussée, la température est encore à 39°9 et le pouls à 100.

Le 16, l'état général reste aussi défavorable, le malade est encore très abattu; on panse les ulcères avec de l'onguent mercuriel opiacé, les frictions mercurielles sont remplacées par du bi-chlorure de mercure pris à la dose de 1 centigramme sous forme de liqueur de Van Swieten, l'iode de potassium est continué à la dose d'un gramme. Le régime est très léger, il ne comprend que du laitage et des œufs.

Le 17, les papules de la main semblent moins élevées, quelques-unes se sont excoriées et sont actuellement recouvertes d'une croûte, la base est encore très rouge, la température est descendue à 38°6, le pouls à 85.

Le 18, la fièvre diminue notablement, la température s'abaisse encore à 38°, les chancres restent stationnaires, déjà même les bords s'affaissent et la suppuration se tarit. Des bourgeons charnus tendent à combler la perte de substance.

Le 19, température normale; l'appétit reparaît; la face ne présente plus que des rougeurs diffuses sans inégalité, l'éruption semble s'éteindre sur le reste du corps.

Le 25 juin, l'état général s'est notablement amélioré; les chancres se sont très sensiblement rétrécis, une desquamation très active se produit à leur pourtour.

Le 30 juin, les ulcères sont sur le point de se cicatriser, leur surface n'est plus humide, il n'existe plus d'éruption, les ganglions de l'aisselle ont beaucoup diminué de volume.

Le 15 juillet, le malade est convalescent, le traitement est suspendu, on se borne au régime tonique.

Le 20 août, il sort de l'hôpital pour jouir d'un congé de convalescence en attendant sa libération.

Cet homme, autrefois cultivateur, présentait à son arrivée au régiment toutes les apparences du lymphatisme. Depuis, étant affecté d'une teigne pelade d'origine ancienne, il a dû subir en 1875 un long traitement à l'hôpital de Versailles ; sa santé générale présentait donc une prédisposition très évidente à l'infection syphilitique et il devait aussi en résulter une prédestination à la gravité des accidents ultérieurs.

Si actuellement la première phase semble tout à fait terminée, cette guérison peut n'être qu'apparente, il serait évidemment intéressant de poursuivre cette observation et d'y ajouter la description des accidents qui se développeront dans la suite. Mais le départ de cet homme dans ses foyers nous oblige à abandonner la recherche des conséquences les plus graves qui peuvent résulter de l'inoculation à laquelle il s'est soumis.

2^e observation. — L..., cavalier au 9^e chasseurs, se fait tatouer, le 3 avril, à l'avant-bras droit. Le tatoueur dont nous avons parlé dans l'observation précédente emploie son procédé habituel, pour tracer un dessin représentant également un chasseur à cheval, de même il crache à plusieurs reprises sur les piqûres récentes et son patient prend le soin de se laver le bras à grande eau immédiatement après l'opération.

L'inflammation occasionnée par les piqûres ne dure qu'un ou deux jours et n'empêche pas le service.

Vers le 25 mai, c'est-à-dire cinquante jours environ après l'inoculation, une petite croûte s'élève sur le tatouage. L... la déchire, et dès ce moment la surface malade s'étend petit à petit jusqu'au 4 juin, jour de notre examen. Cette plaque est située au niveau du genou du cavalier tracé, recouverte d'une croûte sèche assez épaisse de couleur jaunâtre, large d'environ 4 millimètres, entourée

d'un cercle rouge, non douloureuse à la pression; elle nous donne la sensation bien nette de l'induration.

Les autres points du tatouage sont intacts, la peau de l'avant bras est souple, les ganglions de l'aisselle sont peu volumineux et ne paraissent pas très indurés. En aucun point il n'existe de trace d'accidents secondaires, le fond de la gorge seul présente quelque rougeur.

Les jours suivants aucune modification ne se produit quant à l'aspect du tatouage; le malade ne se plaint d'aucun malaise, il mange bien, on le maintient néanmoins en observation à l'infirmerie.

19 juin. — La croûte a augmenté sensiblement d'étendue, elle atteint 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de diamètre, elle est toujours dure, sèche et écailleuse.

On constate de plus à la base de l'aisselle un ganglion dur et de la grosseur d'une petite noix, mais jusqu'à présent il n'existe pas de roséole ou d'angine, les ganglions de l'aisselle forment un chapelet dur et cependant on ne constate ni érosion ni rougeur aux extrémités inférieures.

20 juin. — L... accuse des douleurs vagues dans les articulations et dans les jambes.

28 juin. — Un cataplasme Lelièvre appliqué, la veille, a fait tomber la croûte; la surface qu'occupait cette croûte, paraît entièrement cicatrisée, mais présente encore une rougeur très intense; l'induration du derme persiste et la masse indurée atteint presque le volume d'une châtaigne. Les ganglions de l'aisselle forment une tumeur dure et douloureuse de la grosseur d'un petit œuf, ils sont très peu mobiles, et leur masse s'enfonce jusque sous le pectoral.

Absence d'éruption. Douleurs vagues dans les reins s'irradient sur le thorax, et douleurs continuelles de tête surtout au niveau du front. Perte d'appétit.

29 juin. — Apparition de quelques croûtes sur le cuir

chevelu, le tubercule du tatouage s'est ulcéré de nouveau.

3 juillet. — Apparition de la roséole, début du traitement : iodure de potassium, 50 centigrammes, frictions mercurielles.

4 juillet. — L'éruption se prononce sur la face, sur les membres et sur le tronc, elle consiste en élevures rouges analogues à des boutons de rougeole, le malade se plaint d'une grande oppression, il est en transpiration depuis la veille, le pouls est à 120 environ, la température à 37° 5. L'état des voies digestives ne présente rien d'anormal.

La toux existe depuis quatre jours environ, cependant l'auscultation ne dénote rien d'anormal dans les poumons.

La cicatrisation de la plaie de l'avant-bras paraît prochaine. Les ganglions de l'aisselle restent volumineux et douloureux.

17 juillet. — La plaie est cicatrisée, l'adénite axillaire a diminué de moitié, l'éruption est encore assez apparente aux jambes ; l'état général est satisfaisant.

29 juillet. — Guérison de l'éruption ; affaiblissement général, sentiment continu de courbature.

10 août. — Nouvelle poussée, formation de vésicules disséminées et entourées à leur base d'un cercle cuivré ; sensation de gêne à la gorge, apparition de plaques muqueuses à l'orifice anal.

18 août. — Des plaques de psoriasis se présentent à la paume des mains et à la plante des pieds, il existe encore de l'acné syphilitique sur toutes les régions du corps, mais les boutons sont très disséminés ; des plaques muqueuses se manifestent dans plusieurs points de la muqueuse buccale et aux commissures des lèvres ; une ulcération profonde envahit l'amygdale droite ; plusieurs érosions s'éten-

dent vers les plis de l'anüs sous forme de rhagades. Chute des cheveux.

Les frictions mercurielles sont continuées, on cautérise tous les deux jours les plaques muqueuses; le malade prend chaque jour 1 gramme d'iodure de potassium.

29 août. — Les syphilides disparaissent, les plaques muqueuses de la bouche et de l'anüs persistent, mais elles n'ont pas augmenté d'étendue; l'ulcération de l'amygdale est en voie de cicatrisation. On suspend les frictions mercurielles, l'iodure de potassium est maintenu.

1^{er} septembre. — Cet homme reste encore en traitement à l'infirmerie et on ne peut pas prévoir la fin des accidents auxquels il est prédisposé par suite d'un tempérament lymphatique très accusé. Son état général était cependant très satisfaisant avant cette maladie, car auparavant il n'avait jamais été atteint d'affection grave.

3^e observation. — A..., trompette au 9^e chasseurs, a été tatoué il y a environ trois mois, sur l'avant bras droit, dans les mêmes conditions que les malades précédents.

Le dessin représente un trompette à cheval et n'a rien offert de particulier au début; mais vers la fin de la 4^e semaine, une petite élevation blanche s'est formée sur le trait inférieur de ce dessin; fait bizarre, cette ligne a été tracée en dernier lieu et le malade est allé se laver immédiatement. Le bouton s'est bientôt recouvert d'une croûte que le malade a déchirée à plusieurs reprises, mais jamais il ne s'est écoulé de pus.

Actuellement 1^{er} juillet, on constate une surface rouge large de 1 centimètre environ, formant une élevation de 1 à 2 millimètres et parsemée de petites croûtes jaunes et sèches. Cette surface n'est pas douloureuse à la pression, mais elle offre tous les signes de l'induration parcheminée.

Les ganglions de l'aisselle sont un peu indurés, cepen-

dant ils ne sont pas très volumineux, il en est de même du ganglion susépitrochléen, il n'existe aucune éruption, on ne constate aucune érosion sur les muqueuses.

12 juillet. — Apparition de douleurs vagues dans la tête.

17 juillet. — Une éruption se présente depuis la veille, ce sont des élevures sèches très colorées présentant à leur milieu un point rouge vif qui semble former le sommet d'un bouton d'acné. Les maux de tête sont toujours assez opiniâtres, des douleurs vagues persistent dans les articulations.

Commencement du traitement à l'iodure de potassium, 50 centigrammes.

20 juillet. — La poussée qui s'était annoncée semble toucher à sa fin, les boutons paraissent arrêtés dans leur développement, ils sont très rares et très disséminés ; le malade n'éprouve plus de malaise, son état général est très bon.

25 juillet. — Les boutons primitifs tendent à disparaître, l'adénopathie est surtout apparente au cou et à l'aîne, aussi continue-t-on le traitement qui consiste simplement à faire prendre 1 gramme d'iodure de potassium chaque jour.

1^{er} août. — En l'absence de tout accident le malade reprend son service comme trompette. Depuis cette époque, il a présenté de nouvelles poussées, soit sur la peau, soit sur les muqueuses et sa guérison définitive est actuellement loin d'être assurée.

Nous devons joindre aux trois observations précédentes, plusieurs faits qui dénotent une certaine résistance à l'inoculation, de la part des hommes qui se sont livrés au même opérateur, dans des conditions analogues et à la même époque.

Mais d'abord nous signalerons un cas d'immunité acquise par le fait d'accidents syphilitiques antérieurs, c'est celui

du chasseur D..., qui s'est fait tatouer, le 30 mars, le jour même où le sujet de notre première observation se prêtait à cette opération pour la deuxième fois.

Cette coïncidence, nous le rappelons, nous fit même soupçonner le chasseur D... d'être la source du virus inoculé. Les antécédents de cet homme étaient les suivants : Chancre induré au filet du prépuce en novembre 1877, roséole et plaques muqueuses en décembre, guérison apparente le 5 février 1878. Depuis cette époque quelques plaques muqueuses à la bouche ont disparu rapidement sous l'influence des cautérisations.

Le tatouage pratiqué sur lui représente un chasseur à cheval, le dessin est resté net, l'épiderme seul se soulève par place et donne un aspect chagriné à la peau de la région piquée et, le 5 juin 1879, jour de notre examen, il n'existe chez lui aucune manifestation de syphilis.

Ce fait rentre dans la loi générale, en effet l'infection syphilitique était récente et l'immunité acquise ne pouvait pas encore être épuisée.

Les inoculations suivantes faites sur cinq ou six individus qui n'avaient jamais été affectés de syphilis sont bien plus remarquables par l'absence d'accidents consécutifs ; en voici le résumé :

1° P..., cavalier au 1^{er} escadron ; tatouage pratiqué, vers la fin du mois de mars 1879, par le même opérateur et par son procédé habituel : dessin représentant un chasseur à cheval ; suites de cette opération très simples, inflammation très superficielle au voisinage des piqûres durant les trois premiers jours, pas d'accidents consécutifs.

2° L..., cavalier au 2^e escadron ; tatouages pratiqués vers la fin du mois de mars, sur les deux avant-bras, dans les mêmes conditions que précédemment ; un des dessins représente un chasseur à cheval, l'autre un buste de femme ;

aucune ulcération, aucun accident à la suite de cette double opération.

3° H..., maréchal-ferrant au 4^e escadron; tatouage pratiqué dans le courant du mois de mars 1879; dessin représentant les outils de la profession de forgeron, entourés de palmes; dans ce cas par exception l'opérateur, paraît-il, n'aurait pas employé sa salive pour mouiller les piqûres récemment faites, mais il s'est servi du récipient dans lequel il délaie habituellement l'encre de Chine, à l'aide de sa salive. Du reste aucun accident consécutif.

4° L..., cavalier au 1^{er} escadron, tatoué, le 30 mars 1879; dessin représentant deux mains enlacées et surmontées de fleurs; pas d'accident consécutif. Cet homme a été atteint d'une blennorrhagie avant son incorporation, mais il n'a jamais eu de syphilis.

5° F..., tatoué, le 30 mars 1879; simple esquisse à l'avant-bras droit, représentant deux mains enlacées et surmontées d'une fleur; ici, les piqûres ont été moins nombreuses, mais l'opérateur a employé sa salive pour les laver, et l'encre de Chine était également mélangée de ce liquide; cependant pas d'accident.

6° M..., cavalier au 3^e escadron; tatouage pratiqué, le 30 janvier 1879, à l'avant bras-droit, sans accident consécutif; mais nous devons reconnaître que l'opérateur pouvait alors ne pas être affecté de plaques muqueuses à la bouche, aussi éliminerons-nous ce dernier cas.

En résumé huit inoculations évidentes de liquide salivaire plus ou moins chargé de virus, provenant de plaques muqueuses, nous donnent comme résultat : trois transmissions de syphilis et cinq résultats nuls dont un seulement s'explique par l'immunité acquise.

Comment interpréter cette proportion exceptionnelle ?

L'opérateur tout en agissant inconsciemment s'est placé dans les conditions les plus favorables à l'effet de l'ino-

culaton, faisant d'abord pénétrer à maintes reprises sous l'épiderme, le liquide plus ou moins virulent, à l'aide de son instrument composé de quatre pointes d'aiguilles fixées sur un manche, puis complétant en quelque sorte les chances d'inoculation, en introduisant par des frictions répétées le liquide virulent dans les piqûres saignantes, il devait donc obtenir, après cette opération dont la durée moyenne était d'un quart d'heure, des résultats identiques sur tous les sujets vierges de syphilis.

Notons cependant comme obstacle possible à la pénétration du virus, les précautions prises ultérieurement par la plupart des opérés, les uns lavant à grande eau la surface récemment tatouée, d'autres, versant de l'urine sur celle-ci, sous prétexte de faire avorter les accidents inflammatoires. Du reste, nous savons qu'on a cité un certain nombre d'inoculations syphilitiques, opérées sans succès sur des sujets sains.

Mais laissons de côté les résultats négatifs qui peuvent se rapporter à des circonstances particulières ou ignorées et cherchons dans les premiers faits que nous avons rapportés en détail, ce qui aurait surtout pu fixer l'attention des syphiliographes; d'abord rapprochons ces faits des expériences connues et particulièrement de celles qui concernent l'inoculation du virus emprunté aux accidents secondaires de la syphilis. Ne trouvons-nous pas des résultats absolument analogues? En effet, nous voyons dans chacune de nos observations se développer une lésion primitive constante; dans la première: chancres multiples, indurés, creux et humides; dans les deux observations suivantes: chancre unique, induré, saillant et recouvert d'une croûte.

L'incubation dans la première a été de 58 jours, dans la deuxième de 50 jours, dans la troisième de 28 jours.

Dans la première, le virus malgré la lenteur de son développement est doué d'une activité extrême et telle que

es accidents primitifs déjà très étendus sont rapidement suivis (18^e jour), d'une poussée très intense et accompagnée d'une fièvre à température exceptionnellement élevée.

Dans les deux autres, les accidents locaux restent très limités, les accidents secondaires se développent très lentement, le 30^e jour et même le 70^e jour après l'apparition des premiers accidents; la céphalalgie et des douleurs vagues dans les membres précèdent de quelques jours une acné généralisée; la fièvre manque; malgré cette lente évolution et cette bénignité apparente, le mal est rebelle au traitement, des poussées successives de syphilides ou de plaques muqueuses viennent retarder la guérison jusqu'à une époque indéterminée.

A part quelques divergences relatives, soit à la longue durée de l'incubation, soit au petit nombre des chancres produits par des inoculations si multiples, soit à la lenteur de l'évolution des accidents consécutifs, nos observations rentrent donc dans la règle si habilement établie par Rollet, sur les expériences de Wallace, de Gibert, de Valler, de Baerensprüng, etc.

Voyons maintenant ce qui concerne particulièrement le mode de transmission de la syphilis par le tatouage : Dans son étude médico-légale sur les maladies produites accidentellement par transmission contagieuse, Tardieu dit, à la page 263 :

« On a raconté le fait d'un militaire, habile tatoueur, qui ayant coutume de tenir entre ses dents la pointe de l'aiguille dont il se servait, et ayant été affecté d'accidents syphilitiques de la bouche, transmet dans les piqûres du tatouage, et par une véritable inoculation, la maladie à un grand nombre de ses camarades. »

N'ayant trouvé aucune relation détaillée de ces faits, il nous est impossible de comparer les lésions que nous avons constatées à celles qui se sont produites, à la suite des

inoculations, dont il est question dans le paragraphe que nous venons de citer.

D'autre part M. Hutin, dans ses recherches sur le tatouage, cite un fait dont l'intérêt est plus grand encore :

« Il ne faut pas croire, dit-il, que cette opération si simple en apparence, n'expose jamais à des accidents d'un autre genre que l'inflammation. La substance servant à peindre les images n'est pas toujours la seule déposée dans le derme; il peut y avoir inoculation d'un virus. Un militaire se fit tatouer à l'hôpital du Val-de-Grâce, il y a une trentaine d'années, par un vénérien atteint de chancres à la verge et à la bouche. Vierge encore, il était parfaitement sain lui-même. Celui qui le tatouait n'avait plus que quelques piqûres à pratiquer, l'encre de Chine dont il se servait était desséchée dans une coquille. A plusieurs reprises, il délaya en prenant de sa propre salive au bout de ses aiguilles, et inocula ainsi une syphilis, qui amena de graves accidents; au dire du patient on faillit lui amputer le bras. »

Ce récit très précis quant au mode de transmission, n'indique également rien de bien déterminé quant aux accidents consécutifs, néanmoins, il nous est permis de supposer que le phagédénisme ou un état phlegmoneux est venu mettre en cause l'amputation du membre tatoué, mais nous ne pouvons autrement commenter cette assertion.

Bornons-nous simplement à admettre quelque analogie entre cette complication probable et les accidents relatés dans notre observation. Soit que l'on envisage les progrès rapides des lésions primitives qui se sont développées sur l'avant-bras droit de notre sujet, à la suite de l'inoculation du 28 mars, soit que l'on considère le vaste phlegmon occasionné à l'avant bras gauche par l'inoculation faite le surlendemain; on admettra sans difficulté la possibilité d'une aggravation telle qu'il y ait eu menace d'amputation.

Mais pourquoi, dira-t-on, les accidents furent-ils si

multiples et si graves sur ce premier sujet, tandis que les lésions furent au contraire assez simples chez les deux autres ? voilà en effet des points que nous aurions pu éclairer en comparant nos observations aux faits cités par Tardieu, et en étudiant chacun des symptômes qui résultèrent de ces inoculations. Nous nous arrêtons donc faute d'éléments suffisants et nous nous bornons à cette courte analyse des observations qu'il nous a été permis de recueillir.

VI

SYNOVITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE, par le Dr VINAY, médecin des hôpitaux de Lyon.

Marie P..., 26 ans, dévideuse, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Montazet) le 18 juin 1879.

Cette jeune femme a toujours eu une bonne santé, elle est réglée régulièrement, et l'on n'a jamais remarqué, soit chez elle, soit chez ses parents, aucune atteinte rhumatismale.

Dans le courant de janvier dernier, à la suite d'une *égratignure*, dit-elle, une des grandes lèvres enfla notablement, elle devint dure, sans être douloureuse, puis ces symptômes diminuèrent progressivement.

Vers la fin de mai, il survint sur toute la surface du corps une éruption papulo-squameuse plus abondante sur les membres inférieurs. Au commencement de juin, la malade éprouva une douleur assez vive dans le genou droit qui se tuméfia, augmenta de volume, devint douloureux à la pression, et bientôt la marche fut impossible.

Au moment de son entrée, Marie P.... présentait sur toute la surface du corps une éruption papuleuse, répandue comme des gouttelettes plus ou moins larges de coloration variable, les unes blanc-grisâtre, les autres, en plus grand nombre, d'une coloration rouge-sombre, cuivrée, ne causant pas de prurit, abondante à la face interne des cuisses, et existant sur la paume de chaque main.

En outre, on remarquait sur la surface externe des

grandes lèvres, des plaques muqueuses dont le caractère ne laissait aucun doute sur la nature de l'éruption.

Il n'y avait rien à la gorge.

En même temps que ces lésions certaines on remarquait une tuméfaction assez notable du genou droit qui était uniformément distendu. Cependant, on pouvait encore voir se dessiner la rotule, bien que le méplat qui existe au niveau des culs-de-sac se soit effacé. En somme, il n'y avait qu'une tuméfaction moyenne.

On pouvait obtenir le choc rotulien.

Les tissus péri-articulaires ne paraissaient pas épaissis, et nulle part on ne constatait la présence de tuméfactions ou nodosités quelconques.

La douleur éprouvée au repos par la malade était peu considérable, et même les malaxations nécessitées par l'examen de l'article provoquaient des plaintes minimales, mais dans le courant de chaque nuit, il y avait des élancements douloureux au niveau du genou.

La marche seule était modifiée et devenait difficile sans soutien.

Enfin la température rectale prise plusieurs fois fut toujours inférieure à 38°.

Le traitement spécifique fut institué immédiatement, frictions à la surface interne des cuisses avec la pommade mercurielle et 2 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur.

L'état local s'améliora promptement, de telle sorte qu'au bout de 12 jours, la malade pouvait sortir, mais en conservant encore de la claudication.

7 juillet. — La malade rentre dans la salle après une absence de 8 jours environ. L'état local du genou s'est aggravé à la suite de la marche et de la cessation du traitement. En outre, on voit sur le cou de pied, au niveau de la gaine des extenseurs des orteils, une trainée rouge, avec

empâtement diffus le long des tendons. Il y a un peu de douleur à la pression et l'extension des orteils est difficile.

On revient au traitement indiqué plus haut, et le 19 juillet la malade sort en bon état.

La marche n'est nullement douloureuse, l'aspect du genou droit est semblable à celui du côté opposé, pas de douleur à la pression. Les modifications survenues sur le pied gauche ont également disparu.

Remarques. — La malade dont nous venons de relater l'observation, n'était pas rhumatisante, et quand elle arriva avec son hydarthrose, elle était en pleine période secondaire de la vérole.

L'arthropathie était assez peu douloureuse, la tuméfaction moyenne et la réaction générale à peu près nulle. Enfin il y avait nettement des exacerbations nocturnes.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il s'agissait là d'un de ces épanchements articulaires précoces que développe la syphilis, parfois dès le début des accidents secondaires et qui se localisent de préférence dans le genou. Ce sont là des lésions qui se distinguent des arthrites de la période tertiaire qu'a si bien décrites le professeur Richet et qui présentent une évolution toute différente.

En outre, on remarque la facilité avec laquelle s'est résorbé l'épanchement sous l'influence du traitement spécifique. C'est, pensons-nous, la grande marque des arthropathies spécifiques de s'améliorer promptement par les remèdes spéciaux, car ici l'aspect local était plutôt celui des hydarthroses chroniques; il n'y avait pas de rougeur à la peau, les tissus péri-articulaires n'étaient ni chauds, ni tuméfiés, et très peu douloureux; il n'y avait pas de réaction générale.

En un mot, on était plutôt en présence d'une arthrite chronique avec épanchement, et l'on sait si la résolution se fait lentement dans les cas dépourvus d'origine spécifique.

VII

UNE FORME INSOLITE DU CHANCRE INDURÉ,

par le docteur SOLARI, de Marseille.

En août 1878, M. X... se présenta à mon cabinet, porteur sur la portion dorsale du gland d'une petite tache, brunâtre, sèche, en ellipse ayant environ les dimensions d'un petit haricot coupé. Je ne saurais mieux le comparer qu'en disant que son aspect était celui d'une escarre qui vient d'être produite par l'application de la poudre caustique de Vienne.

Aucune modification ne se produisit pendant 6 semaines au moins. Je remarquais seulement que la base sur laquelle reposait cette tache, parfaitement limitée, semblait s'indurer.

A cette même époque apparurent quelques petites glandules le long du pli inguinal des deux côtés.

Ayant fait part de mes appréhensions sur la nature syphilitique de cette plaque, ce qui surprit ce jeune homme, je me décidais à cautériser cette tache, qui ne suintait même pas, avec une solution de nitrate d'argent. Une légère suppuration s'établit alors et la tache perdit de son intensité de couleur brune.

Les glandes inguinales augmentaient de volume et environ deux mois après la première visite du malade survint une roséole papuleuse discrète, avec légère angine.

Le malade fut soumis à un traitement spécial mercuriel, et la maladie a traversé depuis quelques phases de l'intoxication syphilitique.

Les accidents qui se sont succédé ont été plutôt tenaces que graves.

De petites croûtes du cuir chevelu, des glandes cervicales engorgées, des aphtes à la bouche et à la langue, de légères et superficielles ulcérations des amygdales sont jusqu'à ce jour les accidents observés.

La forme de l'accident primitif m'a paru tellement insolite que je crois devoir la signaler aux nombreux spécialistes qui font progresser chaque jour la syphiligraphie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITEMENT TOPIQUE DU PSORIASIS PAR L'ACIDE PYROGALLIQUE,
par le D^r ARRAGON. (*Thèse de Paris*, 1879.)

Ce travail est très bien résumé dans les conclusions de l'auteur :

D'après les faits observés jusqu'à ce jour, la durée moyenne d'une cure de psoriasis par la pommade à l'acide pyrogallique peut être évaluée à quatre semaines environ.

Avec des doses faibles, néanmoins suffisamment efficaces, et des applications convenablement réglées, la guérison s'obtient, sauf de rares exceptions, sans douleurs ni accidents. Toutefois, avec des doses trop fortes ou des frictions répétées, surviennent fréquemment des irritations aiguës de la peau, cédant à la suspension du traitement soit sans laisser de traces, soit en faisant place à des irritations superficielles.

L'acide pyrogallique est sans odeur, et à ce titre d'un emploi facile.

La couleur plus ou moins brune qu'il détermine parfois, disparaît en peu de jours sur la peau, n'a pour effet que de foncer la nuance des cheveux, et ne se produit intense, aux ongles et à la paume des mains qu'autant que le malade se frictionne lui-même.

Il semblerait avoir la propriété de guérir les psoriasis rebelles aux autres moyens de traitement.

L'acide pyrogallique n'est inférieur à aucun des agents

topiques antipsoriasiques connus ; mais, à l'égal de tous, il ne prévient ni les rechutes, ni les récidives.

La dose d'acide pyrogallique à faire entrer dans la pommade doit varier suivant les cas, du 5 0/0 au 25 0/0.

La guérison une fois obtenue, on se débarrassera beaucoup plus rapidement de la coloration brune de la peau, si elle s'est produite, par des lotions avec de l'eau de Labarraque pure ou étendue.

DES TACHES VINEUSES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LES SCARIFICATIONS, par le Dr AD. COLSON. — Thèse de Paris, Ad. Delahaye, 1878.

Dans ces dernières années, Balmano Squire a employé contre les taches vineuses les scarifications multiples auxquelles il avait déjà eu recours avec succès dans le traitement du lupus. La thèse de M. Colson, faite dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis, est consacrée à l'étude de ce procédé qui donne de bons résultats s'il est employé d'une manière méthodique et pendant un temps suffisant. Les scarifications linéaires superficielles ayant pour but de favoriser l'oblitération des petits vaisseaux, il est évident que ce moyen ne saurait être employé avec avantage dans les cas où il existe des vaisseaux fortement dilatés ou des tissus caverneux. C'est donc surtout contre les taches vasculaires planes qu'on devra avoir recours aux scarifications linéaires.

Balmano Squire fait précéder les scarifications de l'anesthésie locale à l'aide de pulvérisations d'éther. M. Vidal qui suivait au début la pratique du chirurgien anglais, les a presque complètement abandonnées ; elles ont plusieurs inconvénients, ainsi, comme c'est presque toujours sur la

face que l'on opère, l'éther projeté au pourtour des yeux ou des narines est très pénible pour les malades, et puis si l'écoulement de sang est moindre pendant l'opération, ce qui peut être un avantage au point de vue opératoire, l'hémorrhagie peut devenir beaucoup plus abondante après par suite de la dilatation exagérée des vaisseaux.

Voici comment opère M. Vidal : après avoir fait l'anesthésie locale ou non, il fait tendre la peau par un aide, au-dessous de la tache, par exemple, il la tend lui-même en sens opposé à la partie inférieure, de façon à avoir une surface lisse, tendue, qui ne fuira pas sous le couteau. Cette tension de la peau entraîne en même temps une légère compression qui diminue l'hémorrhagie ; puis, prenant son scalpel de la main droite, M. Vidal trace sur la tache sanguine une série d'incisions droites, parallèles à 1 millimètre environ de distance les unes des autres, plus rapprochées, si c'est possible, et profondes de 1 millimètre à 1 millimètre $\frac{1}{2}$; puis faisant tendre la peau, comme je l'ai dit, dans un sens diamétralement opposé, il fait, perpendiculairement aux premières incisions et de la même façon, de nouvelles incisions. On a ainsi un quadrillage limitant de petits carrés de peau de 1 millimètre carré.

Quand le nævus est étendu, par exemple s'il occupe tout un côté de la face, on n'en traite qu'une partie à la fois, afin de ne pas trop prolonger l'opération et d'éviter une trop grande perte de sang.

L'hémorrhagie est en général légère, elle s'arrête seule, ou à l'aide d'une légère compression ou de petits carrés de papier buvard.

Il faut toujours un nombre considérable de scarifications pour amener la guérison d'un nævus. Une tache lie de vin exige un bien plus grand nombre de séances qu'une tache simplement rosée. Dans ce dernier cas, quinze à vingt opérations seront nécessaires ; pour les nævi violets, il en faut

dra un bien plus grand nombre, et si l'on songe qu'on ne peut guère faire plus d'une séance par semaine, on voit tout le temps que doit durer le traitement.

Mais malgré sa durée, le traitement préconisé par Balmanno Squire donne d'excellents résultats, et il est certainement préférable à tous ceux employés jusqu'ici.

DE L'ACNÉ SÉBACÉE PARTIELLE ET DE SA TRANSFORMATION EN CANCROÏDE, par le Dr P. AUDOUARD (*Thèse de Paris*, 1878. — Chez A. Delahaye et C^{ie}).

Certaines affections bénignes de la peau peuvent se transformer en affections plus graves et de nature différente. C'est là un fait aujourd'hui incontestable et qui a été mis en relief par les travaux des dermatologistes modernes. Ainsi, il n'est pas très rare de voir d'anciens lupus se transformer en cancroïdes, c'est un point sur lequel M. Horand avait déjà appelé l'attention dans son excellente monographie du lupus. Certains eczémas subissent aussi des dégénérescences de mauvaise nature.

Des modifications analogues peuvent également avoir lieu dans le système glandulaire comme dans l'acné sébacée partielle.

Cette dernière affection est essentiellement chronique ; son début est souvent difficile à observer. L'attention des malades n'est en général éveillée que par l'apparition d'une croûte grasse, d'un blanc grisâtre. Au-dessous se trouve une surface rouge, humide, comme huileuse. Si on enlève la croûte, on voit que de la partie profonde partent de petits prolongements filiformes, qui correspondent à de légères dépressions dermiques.

C'est là la première période de la maladie que l'auteur décrit sous le nom de période de sécrétion.

La seconde période est caractérisée par la formation d'un ulcère avec tendance de transformation épithéliomateuse. Cette ulcération a en général une marche lente, serpentineuse, se développant plus en surface qu'en profondeur.

Il y a des alternatives de guérison apparente par suite d'une cicatrisation d'une partie de la plaie et de progression de l'ulcération dans un sens opposé. Le fond de l'ulcère est plat et recouvert de bourgeons charnus de petite dimension, il secrète un pus ichoreux, parfois sanguinolent qui se dessèche en croûtes brunâtres épaisses. A une période plus avancée, la base de l'ulcère perd la mobilité qu'elle avait au début et adhère aux parties profondes, — transformation cancéroïdale.

La peau adjacente est grasse, huileuse, et présente des orifices sébacés très dilatés par la matière sécrétée.

C'est la troisième période, cancéroïde confirmé.

L'acné sébacée partielle est une maladie de l'âge adulte et surtout de la vieillesse. Le visage est son siège de prédilection, surtout le nez, les pommettes, les oreilles et le front. Ordinairement, il n'y a qu'une plaque; chez les vieillards, il n'est pas rare d'en rencontrer plusieurs sur la face, à des phases diverses d'évolution.

L'étiologie de cette acné est obscure; comme causes locales, l'auteur signale l'influence des professions, surtout celles qui exposent aux froids et aux poussières irritantes.

Comme traitement, il donne la préférence au bistouri, car on peut ainsi « facilement bien circonscrire le mal, l'enlever largement et profondément, et combler la perte de substance avec un lambeau autoplastique. »

Une méthode plus simple serait, à notre avis, le râclage dont nous avons, dans plusieurs cas, vu des effets très satisfaisants; mais si les résultats énoncés par Jarisch, Kaposi, Neumann, etc., se confirment, l'acide pyrogallique consti-

tuera un moyen encore plus simple et plus satisfaisant de guérir les formes de cancroïde décrites par M. Audouard.

DE L'ÉPIDIDYMNITE BLENNORRHOÏQUE DANS LES CAS DE HERNIE INGUINALE, DE VARICOCÈLE OU D'ANOMALIES DE L'APPAREIL GÉNITAL, par le Dr LEDOUBLE, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Tours, in-8°, Paris, chez A. Delahaye et C^{ie}, 1879.

Voici quelles sont les conclusions générales de l'auteur :

Il y a deux espèces de lieux de moindre résistance :

1° Les lieux de moindre résistance accidentels (*loci minoris resistentiæ fortuiti*).

Ils ont été bien décrits par M. le professeur Verneuil.

2° Les lieux de moindre résistance congénitaux (*loci minoris resistentiæ natales*). — Ils comprennent les anomalies, les monstruosité, les malformations, en un mot tous les cas tératologiques.

Nos organes opposent d'autant plus de résistance aux maladies qu'ils sont plus sains et mieux conformés ; absolument comme d'après la loi de Darwin, une plante ou un animal est d'autant plus assuré de vivre et de se perpétuer, que sa conformation extérieure le rapproche davantage du type parfait, que sa force et sa vigueur l'assurent de mieux lutter contre les causes de destruction dont il est entouré.

L'anomalie des viscères comme cause prédisposante de leur dégénération, de leur inflammation et même de maladies pour les parties voisines, est, en pathologie générale, le corollaire de la grande loi biologique, proclamée par le naturaliste Darwin ; *la lutte pour l'existence*.

Les manifestations morbides portent de préférence sur

les lieux de moindre résistance appartenant aux deux classes ci-dessus.

Dans les cas de hernie inguinale ou de varicocèle, l'épididymite survenant dans le cours d'une blennorrhagie, a lieu presque invariablement du côté de la hernie ou du varicocèle.

Chez un individu atteint de hernie, la queue de l'épididyme enflammé peut se souder à l'intestin. — Une hernie réductible est transformée ainsi en hernie irréductible.

Ces adhérences s'établissent surtout lorsque l'intestin est dans la tunique vaginale, c'est-à-dire lorsque la hernie est congénitale.

En prévision de cette complication, il faudra, lorsqu'il y aura épididymite blennorrhagique avec hernie, maintenir dans l'abdomen, pendant toute la durée des accidents inflammatoires, la portion du tube digestif qui a tendance à sortir.

Le varicocèle prédispose aux orchites à répétition.

L'épididymite blennorrhagique aggrave le varicocèle, elle amène plus aisément l'atrophie testiculaire, conséquence fréquente des varices du cordon.

Les connexions de l'épididyme avec l'intestin, s'il y a hernie, et avec les veines de la tige spermatique s'il y a varicocèle, doivent engager à n'user qu'avec beaucoup de réserve et de prudence du traitement de l'orchite par la ponction de la tunique vaginale, ou le débridement de la membrane albuginée.

L'explication de la localisation de l'inflammation blennorrhagique à l'épididyme du côté d'une hernie ou d'un varicocèle est facile.

Le testicule dont le cordon est variqueux ou comprimé par une hernie, fait partie des lieux de moindre résistance accidentels (*locis minoris resistentiæ fortuiti*).

Dans les cas d'anomalies de l'appareil génital (macror-

chidie, microrchidie, anorchidie, ectopies et inversions testiculaires), l'inflammation blennorrhagique siège presque toujours du côté de l'anomalie.

Cette prédilection de l'inflammation pour la glande épидидymo-testiculaire anormale est compréhensible ; l'appareil génital mal conformé ou déplacé est compris dans les lieux de moindre résistance congénitaux (*loco minoris resistentiæ natales*).

La nature, la gravité, la soudaineté des symptômes de l'épididymite blennorrhagique iliaque ou inguinale ont pu faire croire à une affection très sérieuse ; péritonite, hernie étranglée, volvulus, iléus, entéralgie, coliques hépatiques ou néphrétiques.

L'épididymite blennorrhagique périnéale a simulé une hernie périnéale étranglée, un abcès péri-urétral, une cowpérite.

L'épididymite blennorrhagique dans les cas d'ectopies testiculaires, a donné lieu à tant d'erreurs de diagnostic, que l'on ne devra jamais entreprendre une opération sur une tumeur située dans la sphère génitale, avant d'avoir examiné le scrotum et l'urètre.

Avant de ponctionner la tunique vaginale, il conviendra de s'assurer des rapports de l'épididyme et du testicule. On évitera ainsi de blesser le testicule, l'épididyme ou les vaisseaux comme cela a été vu dans les cas d'inversions testiculaires.

En raison de la possibilité d'une inversion mobile ou changeante, l'examen de la glande devra être renouvelé au moment même de l'opération.

L'épididymite blennorrhagique paraît plus fréquente dans les cas d'anomalies du testicule ; elle s'est toujours terminée par résolution.

REVUE DES JOURNAUX.

TRAVAUX ÉTRANGERS SUR LA SYPHILIS PAR LE D^r. P. SPILLMANN,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

III. TRAITEMENT.

Traitement général.

Pour Zeissl (*Zur Behandlung des Lues*, Wien. med Presse 5 et 6 1879) le traitement doit dépendre de la constitution du malade, de ses antécédents, de la forme de la maladie. La guérison peut s'obtenir par 3 voies différentes : 1^o la méthode expectante, la plus lente de toutes, mais qui, en cas de réussite, conduit le plus sûrement au but ; 2^o le traitement iodé ; 3^o le traitement mercuriel.

Cependant il n'est pas toujours possible d'employer la méthode expectante. Aussi l'auteur emploie-t-il dès le début le traitement iodé sous forme de teinture d'iode 1^{cc} 3 sur 200 d'eau à prendre en 4 jours ou l'iodure de potassium en solution ou sous forme de pilules. Le traitement ioduré reste-t-il sans résultat au bout de 4 à 5 semaines, on prescrit le traitement mercuriel sous forme de frictions ; 15 frictions suffisent pour faire disparaître les accidents provoqués par la syphilis.

Zeissl, qui ne saurait passer, à coup sûr, pour un ami du mercure, déclare néanmoins que la médication mercurielle est indispensable dans un certain nombre de cas. Il rejette comme absurde l'opinion de certains auteurs qui admettent

que le mercure a une action nuisible sur l'organisme ou que son emploi expose les malades à des récidives.

Sigmund, par contre (*Die Einreibungskur bei Syphilisformen. Wien. med. Blätter* 33), est un ardent défenseur du mercure. Il prescrit ce médicament chaque fois qu'un traitement général devient nécessaire. Des observations cliniques et privées prises avec soin et en très grand nombre lui ont prouvé que près de 40 0/0 des malades étaient préservés d'accidents généraux graves grâce à cette médication. Les frictions associées à des soins hygiéniques et diététiques constituent pour l'auteur la méthode de traitement la plus sûre et la plus pratique.

Caspari (*Deutsche med. Wochenschr.* 24, 25, 26) a recherché l'influence du traitement mercuriel sur le nombre des globules sanguins. Les résultats obtenus ont été absolument négatifs.

Kölliker et Auspitz (*Wien. med. Presse* 50, 51. — *Centralbl. f. Chirurgie* 48. — *Zschweiz. Corresp.* n° 12. 1878, ont fait de nouvelles recherches sur l'excision des accidents primitifs. Ces deux auteurs sont partisans de l'excision et prétendent qu'ils ont préservé ainsi des malades d'une infection générale. Auspitz déclare que le chancre induré n'est pas une preuve de l'infection générale de l'organisme.

Sigmund (*Wien. med. Blätt* 33) combat vivement l'excision ou les cautérisations profondes. Il insiste avec raison sur ce fait que chez beaucoup de malades (environ 40 0/0) les accidents secondaires sont très bénins même presque nuls et passent souvent inaperçus. Les observations publiées par les auteurs précédents ne sauraient donc servir de preuve concluante pour leur théorie.

Traitement par les injections sous-cutanées.

Les médecins allemands emploient ce mode de traitement avec une certaine prédilection.

Mandelbaum (*Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Bicyanatum hydrargyri. Vierteljahrsschrift f. Dermat. und Syphilis* 1878. cahier 2. p. 201) avait été jusqu'alors un défenseur ardent des frictions mercurielles. Aujourd'hui il préconise le bichlorure de mercure : ce traitement serait plus propre et meilleur marché et s'adapterait aussi bien à la pratique hospitalière qu'à la pratique civile. Le sublimé occasionne souvent de la douleur : il n'en est pas de même du bichlorure. Ce sel est très bien supporté par les malades. La douleur, très légère, s'affaiblit de plus en plus, et dure au plus une heure.

Chez quelques malades on voit survenir, dans les premiers jours, de la diarrhée. L'auteur n'a jamais observé d'abcès : il y a parfois un peu d'infiltration au niveau des piqûres. La stomatite est de beaucoup moins fréquente qu'après les frictions.

La solution employée était de 0,18 sur 20 grammes ; chaque injection renfermait 0,01 milligramme de substance active. Les injections étaient faites à la région dorsale et lombaire. Outre ce traitement les malades étaient soumis à un régime : alimentation reconstituante, séjour au grand air, soins de la bouche, etc.

L'auteur cite plusieurs observations de malades qui, non améliorés par d'autres méthodes de traitement, s'étaient guéris rapidement par les injections.

Oberländer (*Deutsche Zeitschr. für prakt. Medizin.* 1878. nos 13 et 14) a employé les injections sous-cutanées de mercure combiné avec un peptone. Il a traité par ce procédé, à

l'hôpital de Dresde, 60 hommes et 45 femmes. Sur ce nombre il y avait 44 hommes atteints de syphilis récente et 16 récidives, 30 femmes atteintes de syphilis récente et 15 récidives. Pour se mettre dans les conditions d'observation les plus favorables l'auteur a choisi 30 hommes et 32 femmes qui n'avaient suivi aucun traitement. On leur injecta en tout 1,484 grammes, c'est-à-dire 17,5 par personne.

La salivation apparaît en moyenne après la huitième injection. Dans onze cas on dut suspendre le traitement à cause de la stomatite. Les douleurs sont minimales. Les récidives se produisent après toutes les méthodes de traitement. L'auteur en a compté 62, 65 0/0 après un an d'observation. Il propose d'employer les injections toutes les fois que l'état des fonctions digestives empêche l'administration du mercure à l'intérieur; dans les cas où les frictions provoquent des eczémas ou des exanthèmes.

Voici les conclusions de ce travail

1) La méthode de Bamberger (*Wiener med. Wochenschrift*. 1876, n° 44), c'est-à-dire l'emploi d'un peptone soluble combiné au mercure, est préférable à toutes les autres méthodes d'injections.

2) Elle est destinée à remplacer tous les autres traitements mercuriels, et notamment les frictions.

3) Elle est surtout indiquée quand il s'agit de combattre les exanthèmes syphilitiques.

Rechtwall (*Allg. Wien. med. Zeitg.* 1878, n° 3) préconise l'emploi du sublimé, associé au chlorure de sodium. Il a traité par ce procédé 169 malades auxquels il a fait 2,937 injections, c'est-à-dire 17 injections en moyenne par malade. Cependant ce procédé provoque parfois des abcès (8,17 0/0) ou des nécroses partielles de la peau.

Jarmay (*Wien. Rundschau* 1878) a étudié l'action des injections de sublimé combiné au chlorure de sodium dans les affections spécifiques du système nerveux. Sur cinq malades, trois étaient atteints de manifestations cérébrales. Le premier avait une céphalée intense avec manie transitoire; le second présentait, outre de la céphalée, un état cérébral caractérisé par de la lenteur dans les réponses et des vertiges; enfin le troisième avait des accès épileptiformes fréquents et des absences qui duraient jusqu'à 30 heures.

Les deux autres malades étaient atteints de lésions nerveuses. Le premier avait une paralysie périphérique du nerf facial gauche, de l'oculomoteur et du nerf abducteur droit; le second était atteint d'une hémicranie angioparalytique suite d'une compression du grand sympathique par les ganglions cervicaux hyperplasiés.

Le traitement fut employé d'après la méthode de Kratschmer : mélange de 10 centimètres cubes de sublimé; de 10 centimètres cubes de solution saturée de chlorure de sodium et 42^{es}, 5 d'eau distillée. On injectait tous les jours le contenu d'une seringue de ce mélange, renfermant 1 centigramme de sublimé. Le nombre des injections varia entre 35 et 24. Pas de réaction locale sauf une douleur légère de 10 à 15 minutes de durée. Salivation nulle ou à peine sensible. Le résultat du traitement fut favorable dans tous les cas; les symptômes nerveux disparurent rapidement ainsi que les lésions cutanées et autres.

On voit par ce court résumé, de combien de faveur jouit le traitement par les injections sous-cutanées : il s'adresse surtout aux accidents secondaires, et tous les auteurs ont eu pour but de trouver une solution d'un sel de mercure qui ne précipite pas l'albumine, de manière à éviter les indurations qui se produisent au niveau de la partie injectée. Les solutions les plus employées sont les

mélanges d'albumine et de peptone au mercure. Cependant Stern (*Berl. klin. Wochenschr.* 1878, 4 février) a préconisé un mélange qui est fort répandu aujourd'hui. Il s'agit d'une solution de bichlorure de mercure et de chlorure de sodium dont voici du reste les formules :

Bichlorure de mercure	0 gr. 2
Chlorure de sodium pur.....	2 grammes
Eau distillée.....	50 —

ou bien :

Bichlorure de mercure	0 gr. 25
Chlorure de sodium.....	2 gr. 05
Eau distillée.....	50 grammes

L'auteur résume, ainsi qu'il suit, les avantages de sa méthode :

- 1) Elle fait disparaître les symptômes de la syphilis en un temps relativement très court : elle rend surtout service dans les cas graves.
- 2) Les quantités de mercure employées sont fort minimes.
- 3) L'injection ne provoque pas de réaction locale.
- 4) L'effet général produit sur l'organisme est insignifiant.
- 5) La stomatite, quand elle survient, est toujours légère.

Traitement par les fumigations.

Ce traitement à peu près abandonné aujourd'hui, a été de nouveau prôné par H. Lee (*note on the use of the calomel vapour bath. Lancet, I p. 193*) et par H. Paschkis (*Viertelj. f. Dermat. und Syph. p. 415.*) On emploie le calomel ou le cinabre à la dose de 5 à 15 grammes. La durée de la fumigation est de 10 à 20 et même 25 minutes. Il suffit en général de 20 fumigations pour guérir le malade.

Ce traitement donnerait d'excellents résultats contre les

syphilides cutanées graves et rebelles, notamment celles des organes génitaux et de l'anus. Ces fumigations seraient aussi bien supportées des malades que les autres modes de traitement. La stomatite ne serait pas à craindre.

L'existence de lésions des organes cardio-pulmonaires constitue une contre-indication au traitement.

Traitement par la teinture de Tayuya.

On avait beaucoup prôné ce médicament au commencement de l'année dernière; il est presque tombé dans l'oubli aujourd'hui, et ce avec raison.

Nous indiquerons néanmoins les nombreux travaux parus à ce sujet.

Le tayuya est une plante de la famille des cucurbitacées et originaire du Brésil.

Faraoni (*Milan*, 1876) avait déjà préconisé la teinture de tayuya dans le traitement de la syphilis et de la scrofule. Il prescrivait la teinture à la dose de 2 à 20 gouttes, deux à trois fois par jour, ou sous forme d'injection sous-cutanée.

Galassi (*Giornale ital. elle malatt. ven.* Oct. 1876) et Bonghi (*Gaz. méd. Lombardia*, 1876) publièrent des succès éclatants.

Depuis, Faraoni (*Seconda-relazione Milano*, 1878. *Muggiani*) a fait paraître un mémoire complet dans lequel il étudie toutes les propriétés du tayuya. Il dit avoir traité 159 malades dont 109 syphilitiques et 50 scrofuleux; de ce nombre 111 auraient été guéris, 26 améliorés, etc.

Zeissl (*Allgem. Wiener med. Zeitg.* 1878, n° 3) a repris les recherches de Faraoni. Il affirme que la teinture de tayuya n'a pas d'action nuisible sur l'organisme; il préfère même ce médicament au mercure dans les infections de

date récente. Il ne saurait se prononcer sur l'action du tayuya contre les syphilis anciennes.

Sigmund (*Wiener med. Wochenschr.* 1878, n° 36) est un ennemi décidé du nouveau médicament. Suivant cet auteur; non seulement le tayuya n'a pas la moindre action contre la syphilis, mais de plus la teinture employée pendant un certain temps finit par troubler les voies digestives, la circulation et les fonctions urinaires.

Traitement par l'iodoforme.

Si le tayuya est à peu près abandonné, il n'en est pas de même de l'iodoforme dont l'emploi se généralise pour le pansement des accidents primitifs et même des syphilides. On emploie ce médicament sous forme de poudre, de solution alcoolique, de glycérolé et de pommade.

Berkeley Hill. (*Brit. med. Journ.* 26 janvier 1878) recommande l'application de l'iodoforme dans les cas de syphilides anciennes qui résistent à l'iodure de potassium. Zeissl (*Wien med. Wochenschr.* 28 et Oberländer (*Deutsche Zeitschr. f. pract. Med.* 37 et 38) préfèrent également l'iodoforme aux préparations iodées. Ils prescrivent l'iodoforme en pilules à la dose de 0,4 à 0,8 décigrammes. L'usage interne de ce médicament peut cependant provoquer des accidents sérieux tels que irritation de l'estomac, vertiges, céphalée, délire, agitation et même coma.

Mracébr (*Wiener. med. Wochenschrift* 1878, n° 27) et Rechtwall (*allg. Wien. med. Zeitg.* 1878, n° 5) recommandent vivement l'usage de l'iodoforme dans le pansement des ulcères fistuleux, chancres, etc.

Mais l'iodoforme malgré tous ces avantages a un grand

inconvenient. Il a une odeur pénétrante très désagréable. Cola prétend qu'on fait disparaître cette odeur en mélangeant l'iodoforme avec parties égales de tannin.

TRAITEMENT MÉCANIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, par le professeur H. AUSPITZ.

(Suite et fin.)

Epithélioma.

Quant au traitement de ces néoplasmes par le raclage, Hebra junior dit que ce sont les lésions que l'on peut enlever le plus facilement, c'est-à-dire les détacher sans effort de la couche inférieure, comme le beurre du pain. Il faut racler les bords avec plus de force et, suivant Pick, tous les deux jours dans les mêmes points. Je puis, d'après mon expérience, corroborer complètement cette manière de faire en ce qui concerne la forme aplatie de l'épithélioma (*ulcus rodens* des anciens). Toutefois, dans les épithéliomas, je ne me borne pas, en général, au raclage, mais je joins encore le caustique de Fr. Cosme, indiqué par Hebra, sous forme de pâte d'après la formule suivante : acide arsénieux, 1 gramme; cinabre, 3 grammes; onguent rosat, 30 grammes, étendu sur de la toile; je laisse ce pansement appliqué pendant plusieurs jours consécutifs sur la surface raclée, dans le but de détruire tout ce qui pourrait rester de la prolifération épithéliale de la base. Quelquefois, au contraire, je détruis d'abord les néoplasmes avec la pâte de Cosme, la potasse caustique ou le chlorure de zinc, et, une fois les croûtes tombées, je procède au raclage. On obtient également de bons résultats en soumettant au même traitement les épithéliomas de la muqueuse.

Le raclage, au contraire, n'est nullement indiqué contre

les épithéliomas tubéreux, à consistance dure, comme on les observe sur la peau et sur les muqueuses, principalement dans le tissu lingual.

Certaines proliférations papillaires qui présentent le caractère verruqueux, c'est-à-dire une hypertrophie de la couche cornée et du réseau de Malpighi avec des excroissances exubérantes, des prolongements de cette dernière couche qui s'enfoncent verticalement dans la peau constituent un terrain favorable pour la méthode de raclage. Je regarde donc ces proliférations papillaires, au nombre desquelles je range aussi les condylomes pointus et tous les soi-disant papillomes, qui rentrent en partie dans le domaine des épithéliomas, je les regarde, dis-je, comme des proliférations primitives de l'épiderme et les allongements apparents des papilles, qui surviennent d'une manière consécutive, comme un phénomène secondaire. (*Voy. mon mémoire sur les rapports de la couche cornée avec la couche papillaire.*)

Le raclage est contre-indiqué dans les verrues et les condylomes acuminés lorsqu'ils sont mous, parce que, dans ce cas, il est impossible de les enlever avec la curette et que le plus souvent la néoformation se déchire par morceaux.

J'ai trouvé que le raclage donnait des résultats insignifiants dans les callosités, c'est-à-dire dans ces hypertrophies épidermiques caractérisées essentiellement par un épaissement de la couche cornée et dans lesquelles, par suite de la tension extrême et de la pression continue que la couche cornée épaissie exerce sur la base, la couche papillaire du derme paraît atrophiée, déprimée, non comme dans les productions papillaires verruqueuses hypertrophiées secondairement arrivant en sens opposé des prolongements épidermiques.

Dans un cas de callus survenu à la suite d'une coupure, (nodosités sur plusieurs doigts des deux mains) le raclage

qui fut du reste très douloureux fait à plusieurs reprises et amena une diminution des nodosités, mais pas de guérison radicale.

Dans l'œil de perdrix, je n'ai obtenu aucun succès, pas même après avoir, comme Bardenheuer le propose, ramolli le callus pendant quelques jours à l'aide de savon mou. Je rappellerai actuellement que l'on ne peut entreprendre le raclage avec un succès réel et durable que dans les cas où la couche cornée de l'épiderme manque ou se détache facilement, car autrement elle oppose à la curette une trop grande résistance. Il est impossible d'enlever par le raclage la couche cornée épaissie, mais une fois qu'on l'a fait tomber, la maladie est guérie et il est inutile d'intervenir.

Hebra junior paraît, dans un cas, avoir raclé avec succès des téléangiectasies (on ne put pas observer le malade jusqu'à la fin). Bardenheuer l'a pratiqué une fois aussi, mais avec un résultat défavorable (il fut impossible de terminer l'opération). Dans le nævus vasculaire, au contraire, le raclage a donné à Gamberini des résultats plus satisfaisants. Balmano Squire a eu recours contre les taches vineuses de la face (nævus vasculaire aplati donnant souvent aux parties atteintes de la face une coloration rouge bleu foncé) aux scarifications multiples ; voici son procédé :

A l'aide du pulvérisateur de Richardson il anesthésie les parties malades et produit en même temps une anémie complète. Il prend ensuite une aiguille à cataracte dont la pointe est 4 fois aussi grosse que celle d'une aiguille à cataracte ordinaire, et il pratique dans la peau malade, un certain nombre d'incisions parallèles jusque dans le tissu normal. Les incisions doivent être aussi rapprochées que possible les unes des autres. Il applique ensuite un petit morceau de papier buvard sur les parties opérées qu'il comprime légèrement pendant environ 10 minutes. Au bout de ce temps

toute hémorrhagie est arrêtée. Les incisions doivent être assez profondes pour traverser le derme dans toute son épaisseur. Au bout de 15 jours, si le nævus n'est pas complètement guéri, il est du moins notablement amélioré et il ne reste pas de cicatrice.

On peut alors recommencer l'opération, en ayant soin toutefois de faire les incisions dans une direction formant un angle de 45° avec celle des sections primitives.

Les seules mesures de précautions, mais très importantes que l'auteur recommande pour le succès de l'opération, sont de ne pas tendre la peau dans une autre direction que celle des incisions.

N'ayant jamais employé cette méthode, je ne saurais émettre un avis sur son efficacité.

En ce qui concerne les anomalies pigmentaires, Hebra junior a obtenu de bons résultats dans les taches et les nævi pigmentaires, et dans le xanthoma des paupières, qu'il râcle en introduisant la curette sous la peau par une incision latérale. Je suis moi-même parvenu à produire des cicatrices plates par le raclage dans certains cas de nævus verruqueux, mais il m'a semblé que la pigmentation se reproduisait au bout de quelque temps. En définitive, je ne me crois pas encore autorisé à émettre un jugement sur ce point.

Il me reste à dire quelques mots sur le traitement mécanique des maladies parasitaires (d'origine végétale) de la peau et des processus ulcératifs, notamment de ceux qui ont une origine diététique.

Bardenheuer s'est servi une fois du raclage dans un cas de favus de la face, avec un résultat satisfaisant. Dans le favus du cuir chevelu, il ne croit pas utile d'avoir recours à la curette. Relativement au traitement par le sable, Ellinger pense que sa méthode serait avantageuse contre les productions parasitaires de toute nature, même contre le favus. Je ne l'ai pas essayée dans le favus, mais dans

d'autres mycoses de la peau, tels que l'herpès tonsurant et le pityriasis versicolor, le traitement mécanique m'a donné des succès. Le raclage n'est naturellement indiqué que s'il s'agit de petits groupes circonscrits; en général, son emploi n'est pas nécessaire puisqu'on devient facilement maître, par des moyens plus simples, de ces amas de champignons. On peut recommander comme utiles les frictions de sable qui suffisent, seules ou associées à des frictions savonneuses, pour faire disparaître rapidement l'herpès tonsurant et le pityriasis versicolor. Mais il est selon moi tout à fait évident que cette méthode est sans utilité contre le favus, qui n'est pas une affection de la couche superficielle de la peau, mais qui a son siège dans les couches profondes.

Quant aux processus ulcératifs de la peau et des muqueuses, on a encore soumis au traitement par le raclage, outre les ulcères lupéux et épithéliomateux, les ulcères syphilitiques et scrofuleux, ceux tenant à une stase passive du sang (ulcères des jambes), les ulcères des glandes (incision et grattage sous-cutané des parois glandulaires), les abcès, les furoncles, les anthrax (incision cruciale suivie du raclage des lambeaux).

Bardenheuer a même obtenu d'excellents résultats dans les phlegmons, les plaies diphthéritiques, la gangrène, par le raclage, une fois la peau tombée, et suivi de cautérisations avec le fer rouge. Toutefois pour qu'il en soit ainsi, il faut enlever entièrement les parties malades jusqu'aux tissus sains. Relativement aux abcès ganglionnaires, Diday, de Lyon, a, suivant Aubert, employé il y a 23 ans une curette, analogue à celle de Volkmann, pour râcler des ganglions inguinaux hypertrophiés. Dans les plaques syphilitiques, je crois que l'enlèvement des infiltrats est rarement nécessaire et que l'emplâtre mercuriel seul est le plus souvent suffisant pour faire disparaître des condylomes d'une cer-

taine étendue; si toutefois on veut les détruire rapidement, le raclage rendra de grands services.

Dans les ozènes syphilitiques et scrofuleux, Schede et Bardenheuer se sont servi avec succès du raclage; on trouvera à cet égard des détails plus précis dans le mémoire publié par le Dr Schuster, d'Aix-la-Chapelle, sur l'ozène syphilitique.

En terminant, je recommanderai comme but de recherches ultérieures et complémentaires, l'étude de l'emploi du raclage dans certaines affections des yeux, notamment dans le trachome vrai (Bardenheuer), dans les affections des oreilles (polypes et catarrhe purulent de la cavité interne du tympan avec épaississement, granulations, carie), dans les affections du pharynx (surtout la pharyngite granuleuse), dans les fistules du rectum, dans le carcinome utérin (Schede et Bardenheuer), enfin dans les affections des os, comme on l'a très vivement recommandé dans ces dernières années.

ÉTUDES NOUVELLES DE DERMATOLOGIE. — SUR UN CAS DE DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE DU DERMÉ, AFFECTION NON DÉCRITE, NON DÉNOMMÉE, OU IMPROPREMENT DÉNOMMÉE *Colloid-Milium*, par M. ERNEST BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Depuis le commencement de ce siècle, époque à laquelle elle fut réellement constituée à l'état de science par Willan et par ses continuateurs, la dermatologie n'a pas cessé de progresser sous l'action d'un grand nombre de médecins éminents de tous les pays; ce serait toutefois une erreur de croire que le résultat obtenu ait été proportionnel à la somme des efforts accumulés. Loin de là, le milieu du siècle était déjà dépassé, et l'on ne savait, à vrai

dire, rien de précis ni sur le siège anatomique exact, ni sur la nature élémentaire de la plupart des affections cutanées; l'imperfection des connaissances d'anatomie normale, l'état rudimentaire des notions histologiques, la rareté des occasions d'examen et de contrôle offertes par les autopsies cadavériques, voilà autant de circonstances qui s'opposaient à la marche en avant, et laissaient la pathologie cutanée encombrée de théories sans fondement, et livrée sans relâche aux plus âpres et aux plus vaines controverses.

Tous ces obstacles ont aujourd'hui disparu grâce aux merveilleuses découvertes réalisées depuis vingt ans par l'école histologique, et aux perfectionnements incessants de la technique microscopique; la pathologie cutanée a enfin trouvé la base solide qui lui avait toujours fait défaut, et dans un avenir prochain elle aura pu se reconstituer complètement.

Non seulement les altérations cutanées ont pu être étudiées d'une manière définitive dans une série de *nécropsies*, mais encore on a pu éclairer sur le vivant un grand nombre de points, en faisant l'examen histologique de lambeaux de téguments ou de fragments de tissu malade. Il y a dans ce dernier mode d'investigation, véritable *biopsie* (mot nouveau que nous proposons pour désigner une chose nouvelle), un procédé régulier de diagnostic clinique dont l'importance est considérable. Il suffit, le plus ordinairement, de très petits fragments de peau ou de tissu, enlevés à la lancette par une main expérimentée, pour obtenir les résultats histologiques les plus incontestables et les plus complets; la douleur est si peu considérable, que nous avons presque complètement renoncé, pour notre part, à l'anesthésie locale préalable que nous employions régulièrement au début de nos recherches, et dont on peut toujours user envers les malades pusillanimes. Cette pratique,

nous pouvons l'affirmer aujourd'hui après de nombreuses mises à exécution, est d'une innocuité absolue, légitime au plus haut degré, au-dessus de toute critique, et à l'abri de toute interprétation malveillante.

On ne supposera pas, nous l'espérons, que nous appliquons ou que nous proposons d'appliquer ces vivisections cliniques au diagnostic des affections communes ou classiquement décrites, et dont l'histoire est complète; elles sont toujours, bien entendu, réservées aux cas dans lesquels un diagnostic complet est absolument impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, sans ce secours, ou bien encore quand il s'agit de déterminer quelque point douteux de la nature d'affections qu'on ne rencontre jamais dans les nécropsies; le petit traumatisme à opérer est, nous le répétons, si insignifiant que peu de malades s'y refusent. Ajoutons, enfin, que la pratique du raclage, très étendue aujourd'hui en dermatothérapie, fournit, à elle seule, de nombreux éléments à ces études nouvelles.

Nous commençons, dans le présent travail, la publication des résultats de nos propres recherches entreprises dans une voie depuis plus de vingt ans déjà ouverte, et parcourue plutôt à l'étranger que dans notre pays; le nombre et l'importance des résultats obtenus indiquent combien cette voie a été féconde. Il reste cependant toute une série d'affections tégumentaires dont le dermatologiste le plus expérimenté ne peut pas encore établir sûrement le diagnostic d'après les caractères cliniques proprement dits, par cette raison qu'il n'existe pas de catégorisation clinique complète et adéquate de toutes les formes anatomiques de lésions de la peau. Ce sont les affections de cet ordre que nous avons rencontrées et que nous avons étudiées dans cette direction, dont nous allons produire la série: pour chacune d'elles nous fournirons à côté des résultats de l'examen histologique le tableau clinique; de

plus, nous avons eu soin, pour chacune également, de faire prendre *ad naturam* le moulage des lésions, toujours déposé dans le musée de l'hôpital; nous produirons en outre, toutes les fois où cela sera matériellement possible, le dessin de la lésion, et la copie des analyses histologiques.

Nous rapportons aujourd'hui, pour commencer, un fait simple, montrant comment une affection inconnue (1) ou sans description classique, et qui resterait lettre morte pour la plupart des dermatologistes les plus experts, peut être rapidement et sûrement déterminée par l'examen biopsique.

II. — EXPOSÉ DU FAIT.

Le nommé P..., âgé de quarante-six ans, garde forestier, entre au mois de juillet de cette année 1879, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité d'un pityriasis d'Eischedt trop étendu pour qu'il puisse aisément et sûrement s'en guérir sans interrompre son travail; pendant les quelques jours que dure ce traitement, qui consiste exclusivement en bains simples et en frictions, convenablement exécutées, de savon mou de potasse, on reconnaît sur le visage du malade une éruption singulière, sur laquelle il n'attire en aucune manière l'attention et dont il ne sait pas au juste l'époque de début.

Cette éruption, qui se détache nettement du fond basané de la teinte du visage, occupe surtout la moitié supérieure de la face, notamment le dos du nez, ainsi que les régions orbitaires et temporales, qu'elle déborde dans toutes les

(1) Il existe bien une observation analogue à la nôtre, connue des auteurs allemands, mais ignorée en France; elle a été faite par E. Wagner, de Leipzig, en 1866; nous l'avons recherchée, trouvée, et nous donnons plus loin la traduction textuelle et intégrale.

directions, pour se continuer d'une manière insensible avec les parties saines. Elle *semble*, au premier abord, être constituée par un semis confluent de *vésicules citrines* ; mais leur consistance solide à la palpation et à la pression, le résultat négatif des piqûres faites à l'aiguille, démontrent immédiatement que ce ne sont que des apparences de vésicules.

Ce sont des éléments non liquides, de petites élevures brillantes, citrines et translucides, n'affectant pas la forme régulière des vésicules vraies, ni même des papules communes, mais semblant déterminées seulement dans leurs contours par les plus fines plicatures du derme, et échappant à toute description par la variété des formes ; leur volume est également très variable, depuis le point jaune brillant appréciable seulement à la loupe, jusqu'au volume d'un grain de mil et même d'un grain de blé.

Lorsque les assistants se furent convaincus, et il fallut pour cela de nombreuses piqûres d'aiguille ou d'épingle, que ces éléments jaunâtres n'étaient pas des vésicules, puisque ces piqûres donnaient à peine écoulement à une gouttelette sanguine, les plus instruits demandèrent si on n'avait pas affaire à un cas de xanthélasma dont la disposition différerait un peu des dispositions décrites et aujourd'hui bien connues ; mais il fallut bien abandonner cette supposition : la maladie de Rayer, d'Addison et de Gull réalise des taches, des points, des plaques, des lignes ou des tubérosités qui ont aussi une teinte jaunâtre ; mais cette teinte est tout autre, elle est « chamois » et non citrine, et les éléments éruptifs ne sont jamais, comme ceux de notre forestier, brillants et translucides, mais au contraire toujours mats et opaques.

Mais s'il était aisé de dire ce que cela n'était pas, il ne l'était en aucune manière, pour quiconque n'avait pas lu l'observation de E. Wagner, de dire et de démontrer ce

que cela était. Il fallait cependant le faire, cela fut rapide : un raclage explorateur fut fait par nous, séance tenante, et montra immédiatement la curette remplie d'une *matière gélatineuse*, citrine, légèrement teintée en rouge groseille par le peu de sang qui s'écoula; c'était évidemment, même à l'œil nu, de la *matière colloïde*, ce que l'examen histologique extemporané, que nous allons rapporter tout à l'heure, montra d'ailleurs surabondamment.

Voici en attendant, pour ne rien interrompre, la suite et la fin de notre histoire clinique. En examinant attentivement la conjonctive oculaire, il était évident qu'elle participait à la lésion de la face, car on constatait des deux côtés, à l'extrémité interne du grand diamètre transversal de la cornée, de petites masses jaunâtres, lisses, lobulées, mobiles avec la muqueuse, et certainement semblables aux masses colloïdes de la peau. Une petite saillie analogue fut relevée en bas de la cloison, dans la narine gauche. Rien autre ni sur le reste de la peau, ni en aucun point des muqueuses accessibles.

Les symptômes locaux attachés à l'éruption ont été trouvés nuls : à peine un peu de prurit lorsque le malade est exposé à l'air et surtout au soleil ; mais, en réalité, c'est exclusivement depuis que nous examinons son cas avec une sollicitude bien extraordinaire pour lui, que notre forestier s'occupe de l'état de son visage.

Il était indispensable d'acquérir une notion générale de l'état de ce malade, et nous l'avons soumis à l'examen le plus approfondi. Son aspect est satisfaisant ; la circulation est régulière et ses organes sans altération aucune qui soit appréciable ; les urines sont normales en qualité et en quantité ; elles ne contiennent ni pigment biliaire, ni sucre, ni albumine. Le foie et la rate sont normaux ; l'appétit et les digestions sont satisfaisants ; sur ce dernier point, toutefois, il y aurait un léger nuage, et le ma-

lade serait sujet à des accès de coliques avec pneumatose.

Mais notre homme accuse des *céphalées* occipitales, presque quotidiennes, et s'en plaint positivement depuis qu'on s'occupe chaque jour de lui. Ce détail méritait d'être noté à part, car on le retrouvera dans le fait de Wagner. Enfin nous aurons comblé la mesure du nécessaire quand nous aurons ajouté qu'il n'y a ni intoxication paludéenne, ni alcoolisme, ni tuberculose, ni syphilis antécédente. Aucune adénopathie en aucun point.

Notre intervention thérapeutique, commencée en même temps que l'opération exploratrice, fut continuée en peu de séances; elle fut d'une extrême simplicité, le sujet étant docile et militairement discipliné. L'écoulement sanguin, au moment du raclage, était presque nul, et cédait en quelques instants à la compression avec les éponges; pendant la période d'exsudation leucocytaire, abondante durant les premières heures, le pansement avec l'emplâtre de Vigo, puis avec l'iodoforme porphyrisé, concourut à amener une cicatrisation rapide, belle et lisse. Le malade se déclara satisfait et voulut retourner à son bois. La plus grande partie de l'éruption était effacée; mais pour atteindre les moindres éléments de la périphérie, il eût fallu quelques séances supplémentaires de raclage. Nous saurons exactement quelle sera la suite.

III

Voici maintenant la partie histologique de notre observation, dans laquelle seront complétées et rectifiées les constatations faites par E. Wagner.

I. ANALYSE HISTOLOGIQUE DES PRODUITS DU RACLAGE,
PAR M. LE DOCTEUR BALZER.

PRÉPARATION. — *Dissociation, coloration au picro-carminate d'ammoniaque ; glycérine.* — L'examen microscopique extemporané montre de gros blocs constitués par une matière brillante, colorée en jaune orangé par le réactif, non modifiés par l'acide acétique.

A un fort grossissement, il devient manifeste que cette infiltration colloïde ne s'est pas formée dans les cellules, mais, bien au contraire, dans les faisceaux de tissu conjonctif. On distingue, en effet, autour de quelques-unes de ces masses, une enveloppe amorphe, très fine, semblable à celle qui existe autour des faisceaux conjonctifs normaux. De plus, à la surface de cette enveloppe et autour des masses colloïdes, on voit les cellules conjonctives intactes ; leur noyau est franchement coloré en rouge par le carmin ; quelques-unes conservent encore une certaine quantité de protoplasme avec des prolongements. La gaine amorphe envoie fréquemment des prolongements qui segmentent les blocs colloïdes, et à la surface desquels on voit encore des cellules plates parfaitement saines. Les autres éléments contenus dans la préparation, cellules épidermiques, cellules des glandes sébacées, ne présentent pas d'altération.

Cette première analyse démontrait ce que l'œil nu avait montré, l'existence de la matière colloïde comme constituant la plus grande partie de la masse éruptive ; mais il était nécessaire de déterminer le siège anatomique précis de la dégénération, et de rechercher son mode de début et développement. Cette recherche était d'autant plus nécessaire qu'elle n'avait pas été faite dans l'observation de E. Wagner que nous rapporterons tout à l'heure, et que cet auteur avait cru pouvoir, cependant, placer le

siège de l'affection dans les glandes sébacées, d'où la dénomination de *colloïd-milium*, à laquelle il s'était arrêté. J'ai donc dû enlever pour cette nouvelle étude de petits fragments de chorion, moins larges, mais plus profonds que ceux que l'on taille pour la greffe dite épidermique. Voici le résultat de leur analyse histologique telle que M. Balzer a bien voulu l'exécuter sur mes indications :

II. COUPES DE LA PEAU.

PRÉPARATION. — *Durcissement dans l'alcool, coloration par le picro-carminate d'ammoniaque.* — Ces coupes confirment d'abord les résultats obtenus par simple dissociation ; c'est bien dans les faisceaux conjonctifs que se produit l'infiltration colloïde. Autour de la coupe irrégulièrement arrondie des faisceaux colloïdes, on voit leur gaine amorphe et les cellules plates normales. L'épiderme et le corps muqueux n'offrent pas d'altération dans leurs éléments sur la plupart des coupes ; en quelques points seulement un petit nombre de cellules du corps muqueux sont vésiculaires ; mais il est difficile de savoir si le liquide qu'elles contiennent est colloïde ou simplement muqueux. Mais il faut noter dans toute l'étendue de la peau dégénérée un amincissement très remarquable des diverses couches de l'épiderme : corps muqueux dont les cellules sont aplaties par le tassement, couche intermédiaire dont la zone a disparu, couche cornée extrêmement mince. Ces altérations de l'épiderme sont manifestement produites par la compression et le refoulement exercés par les masses colloïdes ; elles sont surtout accusées dans les endroits où celles-ci sont volumineuses, à tel point que les ondulations du corps muqueux et les papilles se sont entièrement effacées. Pourtant, il est rare de voir les masses colloïdes en contact immédiat avec le corps muqueux elles en son-

presque toujours séparées par une mince bandelette de tissu conjonctif coloré en rose par le carmin, débris de la couche papillaire du derme ; ce n'est qu'au niveau des masses colloïdes les plus volumineuses que cette bandelette disparaît et qu'il semble y avoir continuité entre elles et le corps muqueux.

L'infiltration colloïde s'est donc développée dans la couche sous-papillaire du derme ; respectant les glandes sudoripares et les glandes sébacées, elle occupe les espaces qui les séparent et qu'elle dilate dans des proportions variables. Les glandes sont restées saines ainsi que les bulbes pileux, et, de même que le corps muqueux, elles sont le plus ordinairement séparées des masses colloïdes par une bandelette de tissu conjonctif d'épaisseur variable. L'infiltration colloïde se montre sous deux formes ; à un premier degré, les faisceaux de tissu conjonctif envahis sont simplement modifiés dans leurs réactions ; au lieu de se colorer en rose sous l'influence du carmin, ils prennent une teinte orangée plus ou moins foncée ; ils deviennent plus brillants, plus réfringents et se détachent ainsi nettement des tissus sains environnants. Comme nous l'avons vu, c'est dans la couche sous-papillaire que ces altérations apparaissent ; cependant, dans les couches plus profondes, voisines des culs-de-sac glandulaires, on voit aussi çà et là des faisceaux dans lesquels la dégénérescence est déjà effectuée. A un degré plus avancé, les faisceaux conjonctifs deviennent moins distincts, moins ondulés ; ils sont augmentés de volume, paraissent rigides, et enfin, dans les points plus malades, ils constituent les blocs volumineux déjà décrits, et qui semblent formés par l'agglutination progressive des faisceaux dégénérés. Ce sont ces blocs volumineux qu'on aperçoit facilement sur la peau à travers l'épiderme aminci.

Les rares troncs nerveux trouvés sur les préparations ne nous ont pas paru altérés.

Il n'en est pas de même des vaisseaux ; nous avons pu constater en beaucoup de points que leur tunique externe était envahie par la dégénérescence. Cette tunique se présente sous l'aspect d'une bande hyaline, brillante, épaissie et un peu bosselée ; l'endothélium des vaisseaux est parfois tuméfié, mais ne paraît pas dégénéré. Ces lésions des vaisseaux ne se voient pas seulement dans le voisinage des blocs colloïdes : on les retrouve même dans des points où la dégénérescence est limitée seulement à leurs parois. L'altération existe aussi bien dans les vaisseaux des papilles que dans ceux des parties profondes de la peau. Dans quelques papilles les vaisseaux ainsi altérés sont isolés ; dans d'autres, ils sont entourés par des faisceaux dégénérés qui forment une espèce de nuage autour d'eux. En voyant la dégénérescence des parois vasculaires, nous avons dû rechercher s'il ne s'était point formé en même temps des dépôts amyloïdes dans leur épaisseur. Un certain nombre de préparations ont donc été traitées par le violet de méthylaniline, et l'absence de réaction caractéristique nous a prouvé que nous avions bien réellement affaire à une dégénérescence colloïde. Autour des vaisseaux, principalement dans la couche sous-papillaire, on voit parfois des accumulations de cellules embryonnaires peu étendues ; cette irritation est d'ailleurs exceptionnelle sur les coupes ; elle se voit de préférence dans les parties les moins atteintes par la dégénérescence.

En résumé, cette forme de lésion cutanée résulte de la dégénérescence colloïde du tissu conjonctif du derme. Elle envahit progressivement les faisceaux, les gonfle, les fait s'agglutiner de telle sorte qu'ils constituent bientôt des masses volumineuses qui envahissent les papilles, refoulent le corps muqueux et les glandes. Il est remarquable de voir que les éléments cellulaires sont respectés ; non-seulement les épithéliums des glandes, des bulbes pileux et du corps

muqueux ; mais même les cellules plates du tissu conjonctif. Le processus paraît être ici de nature purement régressive ; les lésions irritatives signalées plus haut sont trop peu importantes pour qu'on puisse leur accorder de l'importance, peut-être même sont-elles dues à l'irritation causée par le raclage déjà opéré partiellement. La dégénérescence colloïde a-t-elle débuté par les vaisseaux ? Cela paraît probable d'après ce que nous avons vu ; on sait d'ailleurs que la dégénérescence colloïde, qui commence le plus souvent par les éléments cellulaires, peut apparaître aussi d'abord dans les vaisseaux et consécutivement dans le tissu voisin. La lésion que nous venons d'étudier paraît être un exemple remarquable de ce dernier mode de dégénérescence colloïde.

Ainsi donc, cela est surabondamment établi, les éléments éruptifs citrins, vésiculoides, qui composaient l'affection remarquable que nous avons décrite, étaient constitués par des *masses colloïdes* ayant pour *siège* la couche supérieure du derme, pour trame anatomique le *tissu conjonctif*, et pour point initial possible ou probable le réseau vasculaire de la région. Les papilles, les glandes, le corps épidermique, sont refoulés par le tissu pathologique et atrophiés dans les points où la masse a pris un développement relativement considérable ; mais il n'y a pas envahissement, encore moins lieu de début ; les éléments nerveux sont ou semblent intacts. Voilà qui suffit.

IV

Voici maintenant l'observation de feu E. Wagner, que notre distingué confrère le docteur Kuhff a bien voulu traduire intégralement pour être insérée ici ; elle est citée par Kaposi et par Neumann, dans les articles *Milium* de leurs traités de dermatologie, en termes trop brefs pour en as-

surer l'interprétation complète ; c'est pourquoi nous la rapportons en entier, comme elle mérite d'ailleurs de l'être à tous égards. (*Das Colloid-Milium der Haut*, in *Arch. der Heilkunde*, t. VII, 1866, p. 463.)

Dans le courant du mois de mai de cette année, s'est présentée à la polyclinique médicale (de Leipzig?) une femme de cinquante-quatre ans, qui était atteinte d'une affection particulière de la peau. Elle dit avoir éprouvé, pendant l'automne de l'année précédente, de six à huit semaines durant, de fortes douleurs dans le cuir chevelu, douleurs actuellement disparues ; puis l'affection s'était peu à peu développée d'une manière indolente.

Chez cette femme, dont la santé est d'ailleurs bonne, la peau présente sur toute la hauteur du front, depuis la racine des cheveux jusqu'au niveau des sourcils, un aspect que nous allons décrire et qui se retrouve sur le nez et sur la partie supérieure des joues. La région affectée est assez nettement délimitée. Au niveau des parties malades, l'épaisseur du tégument tout entier est notablement augmentée ; sur le front la peau offre quatre et par places cinq rides longitudinales bien apparentes et bien accusées, coupées presque à angle droit par une grande quantité de sillons transversaux moins bien dessinés. Sur le trajet de ces plis et dans leur profondeur, la peau conserve la coloration blanche normale ; mais partout ailleurs elle est d'une couleur brun jaunâtre, très luisante, et se trouve parsemée de saillies rondes ou arrondies, quelques-unes plus grosses que des grains de millet, la plupart assez petites, non confluentes. Ces saillies ont l'apparence de vésicules, mais le toucher révèle en elles une consistance dure. La pression exercée à l'aide de l'extrémité du doigt ou avec l'ongle n'arrive point à les vider de leur contenu. Piquées avec une aiguille, opération douloureuse, l'aiguille devant être enfoncée assez profondément, ces saillies ne laissent

écouler aucune trace de liquide ; à peine en sort-il, à un moment donné, une gouttelette de sang. Une pression digitale bilatérale d'une certaine force, qui provoque une petite hémorrhagie, fait sortir de l'orifice de la piqure une matière blanche ou blanc jaunâtre, transparente, rappelant très bien l'aspect d'une substance colloïde solidifiée, sous forme de pelotons ou de petits boudins. Les autres régions malades de la peau offraient la même disposition. La peau des joues était moins affectée, celle du dos du nez était plus fortement envahie ; les paupières et la peau des régions sourcilières étaient normales. Partout ailleurs la peau était couverte d'un léger duvet. On ne voit nulle part d'orifices de glandes sudoripares ou sébacées. Les ganglions lymphatiques de la région étaient normaux.

L'examen microscopique des masses exprimées hors des saillies cutanées montra qu'elles avaient les caractères de la matière colloïde ordinaire ; elles étaient incolores ou légèrement jaunâtres, complètement homogènes, d'un éclat mat, assez solides, et ne subissaient presque point de modifications par l'acide acétique, par les alcalis ou par l'acide sulfurique et l'iode. Leur forme et leurs dimensions indiquaient où elles avaient pris naissance. A l'œil nu, elles se composaient de pelotons arrondis ou irrégulièrement dentelés, lâchement unis entre eux, de la grandeur de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{15}$ de ligne. Ces pelotons se décomposaient à leur tour en masses plus petites, presque toutes rondes ou arrondies ; d'autres étaient presque cylindriques ou présentaient à l'extrémité d'un court cylindre un renflement arrondi situé sur le prolongement de l'axe ou sur le côté ; d'autres enfin, arrondies, attenaient à un court pédicule. On trouvait dans cet enchevêtrement quelques poils très fins. Aucune trace de cellules épithéliales. Il s'y trouvait par places un grand nombre de globules sanguins provenant des piqures à la peau.

L'étude de la peau n'ayant pas pu être faite sur des coupes, il a fallu tirer le diagnostic de l'examen de la substance obtenue par l'expression. Nous verrons dans ce cas une affection des glandes sébacées, sans participation au processus du grand conduit excréteur de ces glandes. Cette affection serait semblable, par son siège, au *milium* ou *grutum*, bien décrit par Boerensprung; mais dans le *milium* simple on observe une disposition stratifiée et une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des orifices glandulaires; on trouve dans le cas présent une transformation colloïde manifeste du contenu des glandes. Le *milium* simple est apparemment la conséquence de l'occlusion du conduit excréteur des glandes; dans notre cas ce conduit n'est envahi par le processus que secondairement. Les culs-de-sac glandulaires, très élargis par la transformation colloïde de leur contenu, exercent sur le conduit excréteur principal un tiraillement et une compression, et finissent par apparaître sous les couches superficielles de la peau, assez épaisses, sous l'aspect de vésicules. Il n'y a rien à dire quant à la localisation du point de départ dans les glandes sudoripares, dans les follicules pileux ou dans le tissu cellulaire. La cause de la pigmentation de la peau m'échappe également.

Malgré les lacunes cliniques et histologiques qu'elle présente, l'observation de E. Wagner est parfaitement suffisante pour affirmer la nature élémentaire de l'affection qu'il a observée et pour établir son identité avec la nôtre. Mêmes caractères cliniques également: céphalées, indolence de l'éruption, aspect vésiculeux des éléments éruptifs, maximum du siège sur le dos du nez, etc., etc.

Il est plus que probable que le siège anatomique a été le même dans les deux cas, et que si Wagner avait étudié des coupes complètes du derme, il eût abandonné son hypothèse et donné une autre dénomination à l'affection; mais peu

importe, en fait, et nous n'établirons pas une discussion rétrospective sans objet.

Puisqu'il existe une affection propre et pure du derme, de nature colloïde, il est nécessaire, pour assurer son classement et pour faciliter son diagnostic ultérieur, de lui donner une dénomination propre; j'avais d'abord conçu et adopté le terme de *colloïdélasma* qui me semblait pouvoir faire quelque figure dans le monde dermatologique à côté de *xanthélama*; mais au point de vue hellénique, sa constitution est encore plus *barbare* que celle de *xanthélasma*, et j'ai dû y renoncer en présence des justes observations qui m'ont été présentées à cet égard. En conséquence, tout en repoussant la dénomination de *Colloid-Milium* proposée par Wagner, parce qu'elle a déjà propagé, et parce qu'elle consacrerait une erreur histologique et clinique, je me résigne à confier à l'inspiration de mes confrères en dermatologie, la dénomination définitive de l'affection cutanée que j'ai décrite, et qui est constituée par une dégénérescence colloïde du derme proprement dit.

Il nous resterait, pour compléter ce travail, à rechercher s'il s'agit ici d'une altération *locale*, en rapport, par exemple, avec l'irritation produite par l'existence au grand air et au soleil, ou bien si l'infiltration colloïde de la couche superficielle du derme, de la conjonctive et de la muqueuse nasale, n'est qu'un élément d'une altération générale ou éloignée de l'organisme; il nous resterait à rechercher quelle relation peut être supposée entre cette altération et les céphalées observées chez les deux malades; mais nous ne voulons point abuser plus longtemps, pour cette fois, de la bienveillance du lecteur, dont nous aurons encore besoin pour les communications à venir. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1879, n° 41.)

NÉCROLOGIE.

DEVERGIE.

Un maître aimé et respecté entre tous, un des dermatologistes dont s'honore l'école française, vient de disparaître. Devergie laisse un nom entouré de l'estime sincère de plusieurs générations d'élèves et de praticiens.

Devergie a publié de nombreux travaux sur les diverses branches de la médecine, mais dans ce vaste domaine, la partie la plus originale et la plus importante de ses études est celle qui se rapporte à l'hygiène et à la médecine légale. Nous négligerons toutefois ici ce côté de l'œuvre de notre si regretté confrère pour ne nous occuper que de ses travaux en dermatologie, dans laquelle il s'était acquis une si grande et si légitime notoriété.

Successivement interne des hôpitaux, chef de clinique médicale, professeur agrégé, Devergie fut nommé en 1829, médecin des hôpitaux et en 1840 il entra à l'hôpital Saint-Louis où il a exercé 24 ans, tout en faisant pendant ce temps une série de cours très suivis sur les maladies de la peau. En 1857, il fut nommé membre de l'Académie de médecine, et les suffrages de ses collègues le portèrent à la présidence en 1874.

En dehors de son enseignement clinique à l'hôpital, Devergie a publié sur les maladies de la peau un nombre considérable de mémoires dont nous devons nous borner à rappeler les principaux :

Du traitement de l'eczéma variqueux à l'aide de

compresses trempées dans une solution de dextrine et d'une bande imbibée dans le même liquide (1846).

Quelques mots sur l'emploi du collodion mercuriel comme traitement abortif du zona (1864).

De la coïncidence des affections cutanées avec des états pathologiques des divers états de l'organisme (1867).

Sur un nouveau mode d'emploi de l'iodure de chlorure mercurieux dans le traitement des variétés de couperose (1867).

De l'influence sur la santé générale de la guérison plus ou moins rapide ou de la répercussion des dartres (1867).

Les tendances médicales du jour au point de vue de la thérapeutique des maladies de la peau (1868).

Des différents modes d'action de l'arsenic suivant son état physique ou ses combinaisons (mémoire lu à l'Académie en 1869).

Du cancroïde, du noli me tangere, de l'impétigo rodens non ulcéreux, diagnostic différentiel et thérapeutique (1871).

Mais le plus important est son traité des maladies de la peau qui a eu trois éditions.

Dans ses articles ainsi que dans son ouvrage *ex professo*, Devergie se montra toujours clinicien sagace et excellent observateur. Bon nombre des chapitres de ce traité classique resteront comme des modèles du genre; il s'efforçait, bien moins d'édifier une théorie des dermatoses que de bien les étudier dans leurs détails, de préciser leurs caractères et d'établir d'une manière aussi exacte que possible tous les éléments générateurs d'un diagnostic précis. A l'hôpital comme dans la clientèle privée, il avait acquis une très légitime réputation de clinicien heureux. C'était un guérisseur : heureuse et appréciée spécialité qui prime

à bon droit la gloire éphémère de tant de chefs d'école!

Devergie, en outre, a encore contribué à la fondation du musée de l'hôpital Saint-Louis, en donnant un certain nombre de dessins qu'il avait recueillis pendant son séjour à Saint-Louis et de plus le grand atlas des maladies de la peau de Hebra. Aujourd'hui grâce aux collections d'aquarelles données par Bazin et surtout aux moulages qui permettent de reproduire d'une manière si parfaite les cas les plus intéressants observés à l'hôpital, ce musée forme la collection la plus complète qui existe pour l'étude de la dermatologie. Il y a là, accumulées, grâce au zèle des médecins de Saint-Louis, des richesses incalculables libéralement mises à la disposition de tous ceux qui veulent se perfectionner dans le diagnostic des maladies de la peau. Nous espérons qu'une plaque commémorative viendra rappeler à tous quels sont ceux auxquels on doit la création de cette collection si bien faite pour servir à la fois de stimulant et de modèle à tous ceux qui, sur quelque théâtre qu'ils exercent, auraient la noble ambition de lui donner des succursales.

Devergie est mort à 82 ans après une vie des mieux remplies et ayant conservé jusqu'à la fin le culte de la science; ses travaux que nous venons d'indiquer en quelques lignes le placent au premier rang des dermatologistes français. Il portait au plus haut degré le sentiment de la dignité professionnelle. Aussi son souvenir restera-t-il à jamais honoré comme représentant la vivante personification du savoir et du devoir.

A. D.

LIVRES DEPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité des maladies de la peau, par le Prof. J. NEUMANN, traduit sur la 4^e édition et annoté par les D^{rs} G. et L. DARIN, avec 76 fig. intercal. dans le texte, in-8°, Paris, 1880, chez A. Delahaye et C^{ie}, Prix..... 13 »

Etude clinique et critique sur quelques ulcérations spécifiques de l'aine et en particulier sur le bubon d'emblée, par le D^r Ch. MAURIAC, broch. in-8°, Paris, 1880, chez A. Delahaye et C^{ie}..... 1 50

De la syphilis. Unité d'origine, incurabilité, traitement, par le D^r DENIS-DUMONT, Paris, 1880, chez A. Delahaye et C^{ie}..... 3 50

Lettres à Emile, sur l'art de se préserver du mal vénérien et des charlatans qui l'exploitent, par le D^r E. LANGLEBERT, Paris, 1880, chez A. Delahaye et C^{ie}..... 1 »

Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der syphilis, par le prof. Sigmund, 2^e édition. Vienne, 1880, chez Urban et Schwarzenberg.

Die Zungensyphilis und ihr Verhältniss. Zur Zungenschwindsucht, par le prof. Schnitzler, avec 8 fig. intercal. dans le texte. Vienne, 1880, chez Urban et Schwarzenberg.

Hôpital du Midi. — M. le D^r Ch. Mauriac a repris ses leçons cliniques, le samedi 29 novembre à 9 heures 1/2 et les continue les samedis suivants à la même heure. Le sujet des leçons sera la *syphilis*.

Chaque conférence sera suivie de la revue des Malades du service et d'instructions pratiques sur le traitement des *maladies vénériennes*.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME DIXIÈME

1878-1879

A

Affections syphilitiques précoces des centres nerveux, par le Dr Ch. Mauriac.....	37-93-190
Acarus folliculorum, par le professeur Neumann.....	148
Anévrysme abdominal chez un syphilitique, par le Dr Vallin.	228
Amélioration d'une taie ancienne de la cornée sous l'influence d'une ophthalmie blennorrhagique, par le Dr Chevallereau..	235
Auspitz. — V. Traitement mécanique des maladies de la peau.....	154-237-345
Acné indurée généralisée sur une enfant. Considérations sur l'établissement de la fonction sébacée, par le Dr P. Aubert.....	259
Auspitz. — V. Lupus syphilitique et scrofuleux.....	294
Affections syphilitiques de l'œil, par les Drs Alexander, Fuchs, Königstein.....	300
Altérations syphilitiques de la langue, par le Dr Zeissl.....	302
Arragon. — V. Traitement topique du psoriasis par l'acide pyrogallique.....	440
Acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde, par le Dr P. Audouard.....	443

B

Bull. — V. Syphilis de la conjonctive.....	151
Bulkley. — V. Emploi (de l') du bandage en caoutchouc dans le traitement de l'eczéma, etc.....	153
Bulkley. — V. Régime (du) et de l'hygiène dans les maladies	

de la peau.....	133
Blennorrhagie de l'utérus, par le Dr Rémy.....	225
Boutons de Biskra (observation, d'un malade porteur de) qui, ont cédé au traitement, par L. Bard.....	264
Brault. — V. Traitement de la couperose.....	272
Behrend. — V. Syphilis héréditaire.....	304
Besnier Ernest. — V. Dégénérescence colloïde du derme etc.....	461

C

Chambard. — V. Xanthélasma.....	5-241-363
Chancres extra-génitaux (quelques observations de), par Alb. Hulot.....	29
Chancre buccal (contribution à l'étude du), par le Dr Spillmann.....	78
Cornil. — V. Syphilis (Leçons sur la).....	218
Chevallereau. — V. Amélioration d'une taie ancienne de la cornée sous l'influence d'une ophthalmie blennorrhagique.....	235
Caractères anatomiques de l'induration initiale de la syphilis, par le Dr Unna.....	288
Cock. — V. Remarques sur les chancres indurés.....	290
Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques, par le Dr Krishaber.....	308
Contribution à l'étude du sarcocèle gommeux, par M. Reynier.....	311
Colson. — V. Taches vineuses et de leur traitement par les scarifications.....	441

D

Dourine (qu'est-ce que la). — Fin des observations, par le professeur Saint-Cyr.....	110
Dudterhoff. — V. Influence de la syphilis sur la marche des blessures de guerre.....	150-298
Delore. — V. Vérité (la) sur les tours.....	281
Diagnostic différentiel des gommès syphilitiques d'avec le lupus, les sarcomes, les carcinomes, la lèpre, etc.....	294
Duret. — V. Laryngite syphilitique.....	302
Dowse. — V. Syphilis héréditaire.....	305
Double fongus syphilitique des testicules, guérison par le traitement interne, par le Dr M. Sée.....	312
Dauvergne. — V. Herpès furfuraceus circinatus et de son traitement.....	399
Dégénérescence colloïde du derme (sur un cas de), affection non décrite etc., par le Dr Ernest Besnier.....	461

E

Euthyboule. — V. Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse	142
Emploi (de l') du bandage en caoutchouc dans le traitement de l'eczéma et des ulcères de la jambe par le Dr Duncan Bulkley.	153
Epilepsie syphilitique survenant 10 ans après l'infection. — Guérison par le Dr Puy le Blanc.....	231
Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis, par le Dr Julliard	275
Epididymite blennorrhagique (de l') dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle etc., par le Dr Ledouble.....	445

F

Fournier. — V. Phagédénisme tertiaire du pied, phthisie syphilitique, etc.....	121
Fournier. — V. Syphilis du cerveau.....	138
Fournier. — V. Hémiplegie syphilitique.....	233
Fuchs. — V. Affections spécifiques de l'œil.....	300
Fournier. — V. Phagédénisme tertiaire.....	306
Fournier. — V. Syphilis et Mariage.....	321
Forme insolite du chancre induré, par le Dr Solari.....	438

G

Gommes du rein et lésion syphilitique du pancréas, par le Dr C. Huber	289
Güterboch. — V. Syphilis héréditaire.....	305

H

Hulot. — V. Chancres extra-génitaux.....	29
Hallopeau. — V. Mercure (du); action physiologique et thérapeutique.....	70
Horand. — V. Nécessité de multiplier les visites sanitaires....	81
Hydrothérapie dans la syphilis, par le Dr Hofmeister.....	146
Herpès névralgique des organes génitaux, par le Dr Lande....	223
Hémiplegie syphilitique, par M. le Dr A. Fournier.....	233
Hillairet. — V. Traitement de la couperose.....	272
Huber. — V. Gommes du rein et lésion syphilitique du pan-	

créas.....	289
Herpès (de l') furfuraceus circinatus et de son traitement, par le Dr Dauvergne père.....	399

I

Index bibliographique.....	80-160-320-480
Influence de la syphilis sur la marche des blessures de guerre, par le Dr Dudterhoff.....	150
Inoculation de la syphilis aux animaux et de la nature du contagement syphilitique, par le professeur Klebs.....	283
Inoculations syphilitiques accidentellement produites par le tatouage, par le Dr Robert.....	417

J

Jullien. — V. Traité pratique des maladies vénériennes.....	134
Julliard. — V. Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis.....	275

K

Klebs. — V. Inoculation de la syphilis aux animaux et de la nature du contagement syphilitique.....	283
Kaposi. — V. Lupus syphilitique.....	292
Königstein. — V. Affections spécifiques de l'œil.....	300
Klemm. — V. Syphilis de l'épiglotte.....	301
Krishaber. — V. Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques.....	308

L

Lande. — V. Herpès névralgique des organes génitaux.....	223
Lupus syphilitique, par le professeur Kaposi.....	292
Lupus syphilitique et scrofuleux, par le professeur Auspitz...	294
Lupus, syphilis et carcinome, par le Dr Lang.....	294
Lewin. — V. Phalangite syphilitique.....	299
Lésions spécifiques des artères cérébrales, par le Dr C. Russel.	300
Laryngite syphilitique, par le Dr Duret.....	302
Laschkewitz. — V. Syphilis héréditaire.....	304
Ledouble. — V. Epididymite blennorrhagique (de l') dans les cas de hernie inguinale.....	445

M

Mauriac. — V. Affections syphilitiques précoces des centres nerveux.....	29-95-190
Mercure (du); action physiologique et thérapeutique, par le D ^r Hallopeau.....	70
Martin. — V. OEdème dur des grandes lèvres, etc.....	147
Molland. — V. Pelade (traitement de la).....	149
Mal de Pott syphilitique, par le professeur Verneuil.....	236
Modes d'infection pour la syphilis, par le D ^r Zeissl.....	291

N

Nécessité de multiplier les visites sanitaires, par le D ^r Horand.....	81
Neumann. — V. Acarus folliculorum.....	148
Nécrologie :	
Guérard.....	240
Telbury Fox.....	319
Devergie.....	477
Nevins-Heyde. — V. Syphilis héréditaire.....	303

O

OEdème (de l') dur des grandes lèvres, symptomatique du chancre infectant et des accidents secondaires de la vulve, par la D ^r A. Martin.....	147
--	-----

P

Phagédénisme tertiaire du pied, phthisie syphilitique simulant la phthisie commune, traitement spécifique; guérison, par le D ^r A. Fournier.....	121
Pelade (traitement de la), par le D ^r Molland.....	149
Puy Le Blanc. — V. Epilepsie syphilitique survenant dix ans après l'infection.....	231
Phalangite syphilitique, par le D ^r Lewin.....	299
Paraplégie syphilitique (deux cas de), par le D ^r Philipson.....	290
Phagédénisme tertiaire, par le D ^r A. Fournier.....	309

R

Renaut. — V. Tissus d'origine ectodermique. — Peau.....	81
Régime (du) et de l'hygiène dans les maladies de la peau, par le Dr Duncan Bulkley.....	153
Rémy. — V. Blennorrhagie de l'utérus.....	225
Remarques sur les chancres indurés par le Dr E. Cock.....	290
Russel. — V. Lésions spécifiques des artères cérébrales.....	300
Reynier. — V. Contribution à l'étude du sarcocèle gommeux.....	311
Robert. — V. Inoculations syphilitiques accidentellement produites par le tatouage.....	419

S

Spillmann. — V. Chancres buccal (contribution à l'étude du)....	78
Saint-Cyr. — V. Qu'est-ce que la dourine.....	110
Syphilis du cerveau, par le Dr A. Fournier.....	138
Syphilis de la conjonctive, par le Dr Stedman-Bull.....	151
Syphilis (leçons sur la) par le Dr Cornil.....	218
Spillmann. — V. Travaux étrangers sur la syphilis.....	285
Syphilis acquise à un âge avancé, par le professeur Sigmund..	297
Syphilis pulmonaire, par les Drs Colomiati, Tiffany, Ramdthor, etc.....	301
Syphilis du larynx, par le Dr Sommerbrods.....	301
Syphilis de l'épiglotte, par le Dr Klemm.....	302
Syphilis intestinale, par les Drs Warfring et Blix.....	302
Syphilis héréditaire, par les Drs Nevins-Heyde, Seiler, Laschkewitz, Behrend, Güterbow, Dowse.....	303
Sée. — V. Double fongus syphilitique des testicules, etc.....	312
Syphilis et mariage, par le Dr A. Fournier.....	321
Synovite syphilitique secondaire, par le Dr Vinay.....	435
Solari. — V. Forme insolite du chancre induré.....	438

T

Tissus d'origine ectodermique. — Peau. Etude générale des phanères, par le professeur Renaut.....	81
Traité pratique des maladies vénériennes, par le Dr L. Jullien.....	134
Traitement (étude sur le) du cancroïde par le chlorate de potasse, par le Dr Euthyboule.....	148
Traitement mécanique des maladies de la peau, par le profes-	

seur Auspitz.....	154-237-315
Traitement de la couperose, par le Dr Hillairet.....	272
Travaux étrangers sur la syphilis, par le Dr Spillmann.....	285
Traitement topique du psoriasis par l'acide pyrogallique, par le Dr Arragon.....	440
Taches vineuses (des) et de leur traitement par les scarifications, par le Dr Colson.....	441
Traitement général de la syphilis, par les Drs Zeissl, Sigmund, Caspari, Kölliker et Auspitz.....	448
Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées, par les Drs Mandelbaum, Oberlander, Rechtwall, Jarmay et Stern	448
Traitement de la syphilis par les fumigations, par le Dr H. Leo.	448
Traitement de la syphilis par la teinture de tanyu, par les Drs Faraoni, Galassi, Zeissl, Sigmund.....	450
Traitement de la syphilis par l'iodoforme, par les Drs Berkeley, Hill, Zeissl, Mracek et Rechtwall.....	455

U

Unna. — V. Caractères anatomiques de l'induration initiale de la syphilis.....	288
--	-----

V

Vallin. — V. Anévrysme abdominal chez un syphilitique.....	228
Verneuil. — V. Mal de Pott syphilitique.....	236
Vérité (la) sur les tours, par le Dr Delore.....	281
Vinay. — V. Synovite syphilitique secondaire.....	435

X

Xanthélasma (du) et de la diathèse xanthélasmique, par le Dr E. Chambard.....	341-363
---	---------

Z

Zeissl. — V. Modes d'infection pour la syphilis.....	291
— — V. Diagnostic différentiel des gommes syphilitiques d'avec le lupus, les sarcomes, etc.....	294
— — V. Altérations syphilitiques de la langue.....	302

LE GÉRANT : G. MASSON.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, 12, rue du Bac-d'Asnières. 57. 12,79).

